




CA20N
H 800
-1998
T011

GOVT



Digitized by the Internet Archive
in 2024 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761118938901>

7

February 26, 1999

Honourable Elizabeth Witmer
Minister of Health
10th Floor Hepburn Block
80 Grosvenor Street
Toronto ON M7A 2C4

Dear Minister,

We are pleased to submit our report, *Actions Will Speak Louder Than Words: Getting Serious about Tobacco Control in Ontario*.

The tobacco disaster in Ontario is well-documented. Renewal of the Ontario Tobacco Strategy is urgently needed. The knowledge base for doing so is extensive, and there is strong support across the population for action on tobacco. The effective control of tobacco is not only possible, it is an essential component of health care reform. It will save lives and prevent sickness and disability. It can produce major cost savings for both the health care system and the provincial economy.

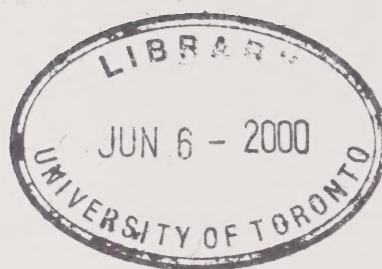
The Expert Panel based its recommendations on a review of the current Strategy and its shortcomings, an examination of best practices in other jurisdictions, consultation with experts in tobacco control in Canada and the United States, and discussion with Ministry of Health staff. The Panel believes that its recommendations address the needs of all Ontarians.

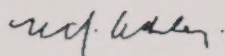
We recommend government action in nine areas: tobacco prices, public education, marketing including packaging, labelling and information disclosure, retail controls, smoke-free spaces, supports for smoking cessation, finance and infrastructure, research, monitoring and evaluation, and cost recovery litigation. In all, there are 29 recommendations, endorsed by each member of the Panel.

There is also consensus among Panel members that only a comprehensive approach will be effective. Action is needed in all of these areas if the tobacco disaster is to be abated. Piece-meal measures, based on ease of implementation, low cost, or other considerations, will not work.

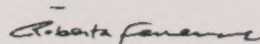
We would be pleased to meet with you or your staff to discuss or clarify any aspect of the report.

Yours sincerely,

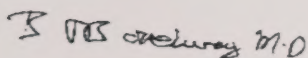




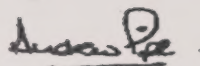
Mary Jane Ashley, MD, Chair
Professor
Department of Public Health Sciences
University of Toronto



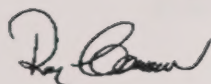
Roberta Ferrence, PhD
Director
Ontario Tobacco Research Unit



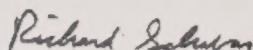
Ted Boadway, MD
Executive Director, Health Policy
Ontario Medical Association



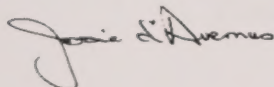
Andrew Pipe, MD
Medical Director
Smoking Cessation Clinic
University of Ottawa Heart Institute



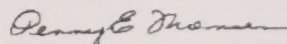
Roy Cameron, PhD
Professor
Department of Health Studies and
Gerontology
University of Waterloo



Richard Schabas, MD
Head, Division of Preventive Oncology
Cancer Care Ontario



Josie d'Avernas, MSc
Senior Consultant
Program Training and Consultation Centre



Penny Thomsen, BPE
Executive Director
Canadian Cancer Society — Ontario
Division

ACTIONS WILL SPEAK LOUDER THAN WORDS

Getting Serious about Tobacco Control in Ontario

A Report to the Minister of Health
From her Expert Panel on the Renewal of the Ontario Tobacco Strategy

February 1999

Canadian Cataloguing in Publication Data

Main entry under title:

Actions will speak louder than words : getting serious about tobacco control in Ontario : a report to the Minister of Health from her Expert Panel on the Renewal of the Ontario Tobacco Strategy

Written by: Mary Jane Ashley, Ted Boadway, Roy Cameron, Josie d'Avernas, Roberta Ferrence, Andrew Pipe, Richard Schabas and Penny Thomsen

Text in English and French.

Title on added t.p., inverted: Les actes sont plus éloquents que les mots.

Includes bibliographical references.

ISBN 0-9686913-0-7

1. Tobacco habit--Government policy--Ontario. 2. Tobacco habit--Ontario--Prevention.

I. Ashley, Mary Jane II. Ontario. Expert Panel on the Renewal of the Ontario Tobacco Strategy

III. Title: Les actes sont plus éloquents que les mots.

HV5770.C22A38 2000 362.29'67'09713 C00-900379-7E

Printed in Canada by the Expert Panel on the Renewal of the Ontario Tobacco Strategy, 2000

Copies of this publication may be obtained from:

Tobacco Resources Dissemination Service

Program Training & Consultation Centre

1-800-363-7822

Ottawa-Carleton Health Department

495 Richmond Road

Ottawa, Ontario

K2A 4A4

Tel: 613 722-2242

Fax: 613 724-4116

eastmanca@rmoc.on.ca

or at the website: <http://www.camh.net/otru>

THE TOBACCO INDEX

Annual deaths from tobacco in Ontario: ^{1,2}	12,000
<i>Annual deaths from traffic accidents, suicide, homicide and AIDS combined:</i> ²	<i>3,000</i>

Lifetime chance of developing lung cancer: ³	
for a man who currently smokes:	1 in 6
<i>for a man who never smoked regularly:</i>	<i>1 in 77</i>

Smokers who tried to quit in the past year: ⁴	1 in 3
<i>Smokers who quit successfully for one year:⁴</i>	<i>1 in 33</i>

Social and economic costs of tobacco in Ontario (1992): ¹	\$3.7 billion
<i>Social and economic costs of illicit drug use in Ontario (1992):¹</i>	<i>\$0.5 billion</i>

Forecast provincial revenue from tobacco taxes (1998-99):	\$475 million
<i>Provincial spending for tobacco control (1998-99):</i>	<i>\$4 million</i>

Ontario adults who support smoke-free workplaces: ⁵	9 in 10
<i>Ontario smokers who support smoke-free workplaces:⁵</i>	<i>7 in 10</i>

Ontario adults who support smoke-free public places: ⁵	9 in 10
<i>Ontario smokers who support smoke-free public places:⁵</i>	<i>7 in 10</i>

EXECUTIVE SUMMARY

Each year, tobacco kills 12,000 Ontarians. Each year, treatment of diseases caused by tobacco requires more than 1 million hospital days and costs the health care system more than \$1.1 billion. Each year, tobacco costs the Ontario economy another \$2.6 billion in lost productivity. Lung cancer now exceeds breast cancer as the number one cancer killer in women. In short, the adverse impact of tobacco on the health of Ontarians and the economy of the Province is nothing less than disastrous.

Tobacco control in Ontario is failing. Almost none of Ontario's tobacco control objectives have been or will have been met by their target dates. Smoking rates among adolescents are now much higher than they were in the early 1990s. Smoking among adults has not decreased. Many Ontarians continue to be exposed to second-hand smoke at work and in public places.

This year, the budget of the Ontario Ministry of Health for tobacco control is less than 25% of the allocation at the height of the Ontario Tobacco Strategy in 1994-1995. This is equivalent to approximately 36 cents per capita, about 5% of the amount needed to mount an effective control program. The provincial media campaign, a critical program element focusing on youth, was eliminated in 1995. Taxes have not been restored since the 1994 federal and provincial cuts, and cigarettes are now cheaper in Ontario than in any other province or adjacent U.S. state. Existing provincial legislation fails to protect workers from second-hand smoke. No new control measures have been introduced in the last four years.

The effective control of tobacco is not only possible, it is an essential component of health care reform. It will save lives and prevent sickness and disability. It can produce major cost savings for both the health care system and the provincial economy. Tobacco is also an issue about which Ontarians have made up their minds. There is strong support across the population for action on tobacco.

We recommend that the Government of Ontario take action on tobacco prices, public education, marketing including packaging, labelling and information disclosure, retail controls, smoke-free spaces, supports for smoking cessation, finance and infrastructure, research, monitoring and evaluation, and cost recovery litigation. Action is needed in all of these areas if the tobacco disaster is to be abated. Piece-meal measures, based on ease of implementation, low cost, or other considerations, *will not work*.

Specifically, the Government of Ontario should:

Price

1. Raise and maintain tobacco prices to make them at least comparable to surrounding jurisdictions.
2. Lobby the federal and Quebec governments for a similar increase in Quebec to prevent inter-provincial smuggling.
3. Require tax-paid markings printed directly on cigarette packages.

Public Education

4. Mount intensive mass media-based and community-based public education programs to educate about the risks of tobacco and deceptive industry practices, and to build support for policy.
5. Implement comprehensive school-based prevention programs.
6. Support school programming with community-based education programs.

Marketing: Packaging, Labelling, and Information Disclosure

7. Require plain packaging in a manner that has minimal impact on the printing and packaging industry.
8. Require additional warnings and ingredient information on tobacco packages.
9. Require health warning inserts in tobacco packages.
10. Eliminate deceptive labelling on tobacco packages.
11. Require the tobacco industry to disclose product ingredients, additives and smoke emissions by brand.
12. Liaise with other jurisdictions to minimize legislative and regulatory loopholes related to packaging, advertising and promotion.

Retail Controls

13. Require larger and stronger point-of-sale health warning signs, and ban all point-of-sale tobacco product advertising.
14. Increase enforcement resources, fines and other penalties for non-compliance with the *Tobacco Control Act*.
15. Amend the *Tobacco Control Act* to make it easier to prosecute vendors and prevent senior courts from diluting the *Act's* intent.
16. Require that tobacco products be placed out of sight behind counters at point-of-sale.
17. Ban the sale of chewing tobacco and snuff.
18. Require public disclosure by the tobacco industry of marketing and research information, provincial financial statements, and listings of retail outlets and wholesale distributors.

Smoke-free Spaces

19. Require that indoor public places be 100% smoke-free, with immediate implementation in youth recreation facilities.
20. Incrementally ban smoking in all indoor workplaces except where smoking areas are separately-enclosed and separately-ventilated to the exterior, beginning at once with offices and industrial worksites.
21. Implement media-based public education programs on the dangers of second-hand smoke.

Cessation

22. Develop, fund and implement a comprehensive, coherent, evidence-based, province-wide system for assisting smokers in the quitting process.

Finance and Infrastructure

23. Set the annual funding for a mature Ontario Tobacco Strategy at 0.5 cents per cigarette sold.
24. Assign responsibility for developing and resourcing the new Strategy and some of its elements to the Ministry of Health.
25. Locate specific elements of the Strategy outside the Ministry of Health.
26. Ensure adequate staffing within the Ministry to support the Strategy.
27. Designate the Chief Medical Officer of Health as champion for the Strategy.

Research, Monitoring and Evaluation

28. Adequately fund a comprehensive, arm's length research, monitoring and evaluation system to measure both the implementation and outcomes of Strategy components and inform the Strategy's renewal.

Cost Recovery Litigation

29. Initiate legal action, supported by necessary legislation, to recover health costs caused by tobacco products.

A piece-meal approach to tobacco control will not work. Action must be taken in all of these areas. The seriousness of the tobacco disaster demands nothing less.

TABLE OF CONTENTS

Tobacco Index	ii
Executive Summary	iii
1.0 More Actions, Fewer Words	1
2.0 Why the Provincial Government Must Act	1
2.1 The Public Health Disaster	1
2.2 The Disaster Demands Provincial Government Action	4
2.3 Ontarians Support Tobacco Control	5
2.4 Why Tobacco Control in Ontario is Not Working	6
3.0 A New Ontario Tobacco Strategy	10
3.1 Goals of the Strategy	10
3.2 Should New Objectives and Targets be Set Now?	11
3.3 A Vision for Ontario	11
4.0 Building a Strategy that Works	12
4.1 Comprehensive Measures Work	12
4.2 Prevention	15
4.2.1 Price	15
4.2.2 Media-based and School Education Programs	16
4.2.3 Marketing: Packaging, Labelling, and Information Disclosure	18
4.2.4 Retail Controls	19
4.3 Protection	21
4.4 Cessation	23
5.0 Supporting a Strategy that Works	25
5.1 Finance	25
5.2 Infrastructure	26
6.0 Showing that the Strategy Works and Keeping It Current	28
7.0 Recovering Costs and Ending Economic Dependency on Tobacco	29
8.0 Actions Will Speak Louder than Words	33

9.0	References	35
------------	-------------------------	-----------

Appendix:	The Work of the Expert Panel	49
------------------	---	-----------

List of Figures and Tables

FIGURE 1: Lung Cancer Deaths Surpass Breast Cancer Deaths in Ontario Women	...	2
--	-----	---

FIGURE 2: Youth Smoking Is On The Rise	3
--	---

FIGURE 3: Smoking Is Highest Among Young Adults	3
---	---

FIGURE 4: Adult Smoking Rates Are Not Declining	4
---	---

FIGURE 5: What Is Wrong With This Picture?	8
--	---

TABLE 1: Measuring Progress Toward Ontario Tobacco Strategy (OTS) Objectives	..	7
--	----	---

1.0 MORE ACTIONS, FEWER WORDS

Over the past two decades, numerous government, expert committee, and other reports have clearly documented the devastating health and economic burden that Ontario incurs from the use of tobacco products.^{1,2,6-16} Many of these reports have outlined what is needed to control the tobacco epidemic, including actions that are mainly the responsibility of the provincial government. However, with few exceptions, the responses of successive provincial governments have not matched the seriousness of this public health catastrophe.

One exception was the development and implementation in the early 1990s of the Ontario Tobacco Strategy. Along with the passage of the *Tobacco Control Act*, a program was put in place, which, *at the time*, was a comprehensive model for government action aimed at curtailing the tobacco epidemic.

Today, the Strategy is no longer a model for action. The Minister of Health has asked this Expert Panel to provide advice concerning tobacco control in Ontario. Specifically, our charge is “*to advise the Minister of Health on strategic revisions to the Ontario Tobacco Strategy (OTS), and to identify and recommend new approaches to tobacco use reduction*” (See Appendix).

Experiences of other jurisdictions show that tobacco control can work. These experiences and recent developments related to the tobacco industry, itself, make this a particularly advantageous time to renew the Province’s commitment to tobacco control. We believe that effective tobacco control is an essential component of health care reform in Ontario and welcome this opportunity to advise the Minister on strategic new directions. If implemented, our recommendations will benefit *all* Ontarians.

2.0 WHY THE PROVINCIAL GOVERNMENT MUST ACT

2.1 The Public Health Disaster

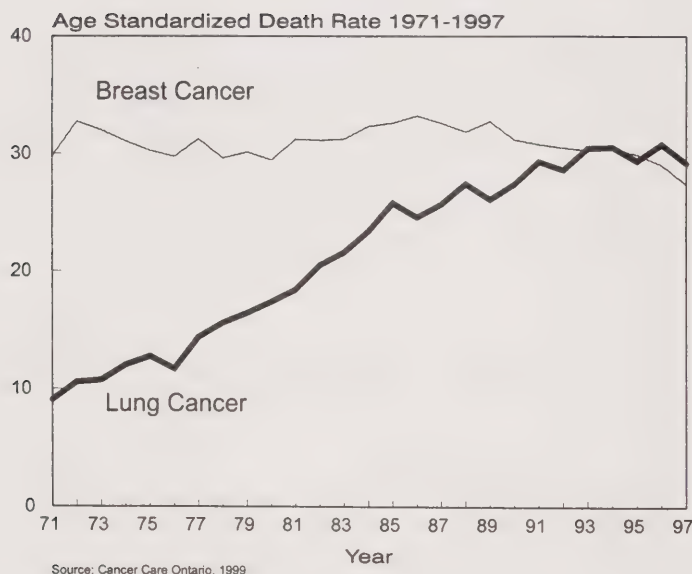
Tobacco is Ontario’s number one preventable public health problem. The impact of tobacco on the health of its residents and its economy is nothing less than catastrophic.

Specifically:

- Tobacco kills 12,000 Ontarians each year, four times more than die from motor vehicle accidents, suicide, homicide and AIDS *combined*.^{1,2}
- The treatment of diseases caused by tobacco requires more than 1 million hospital days each year.¹

- Health care expenditures because of tobacco exceed an estimated \$1.1 billion annually.¹
- Diseases caused by tobacco cost the economy an estimated \$2.6 billion each year in lost productivity.¹
- Tobacco is responsible for 25% of all fatal cancer suffered by Ontarians and is one reason for the current crisis in cancer care.¹³
- The impact on the health of women has been devastating. Lung cancer has increased at epidemic rates and now kills more women than breast cancer.¹⁷

FIGURE 1 Lung Cancer Deaths Surpass Breast Cancer Deaths in Ontario Women



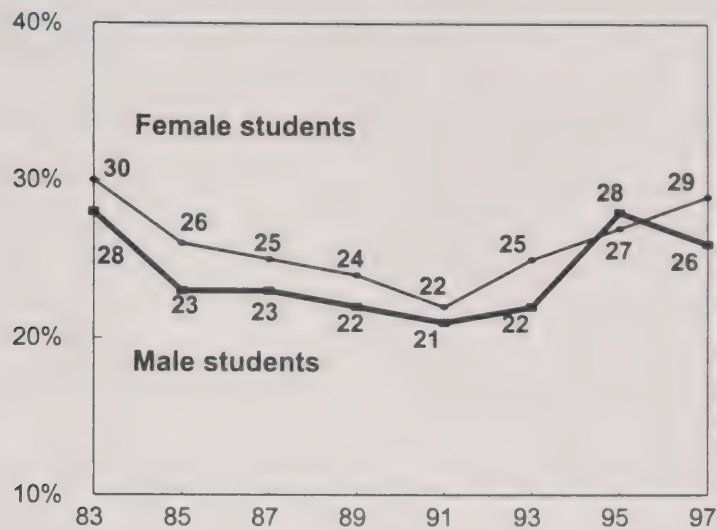
- About 1 in 5 pregnant women smokes, with serious risks for herself and the developing fetus.¹⁸
- More than 250,000 Ontario students in primary and secondary school smoke.¹⁹ Youth smoking rates are now about the same as they were in the early 1980s, up significantly from their low in 1991. In 1997, 26% of male students and 29% of female students reported smoking more than one cigarette in the last year.¹⁹

FIGURE 2

Youth Smoking Is On The Rise

Ontario, Grades 7, 9, 11, 13

1983-1997



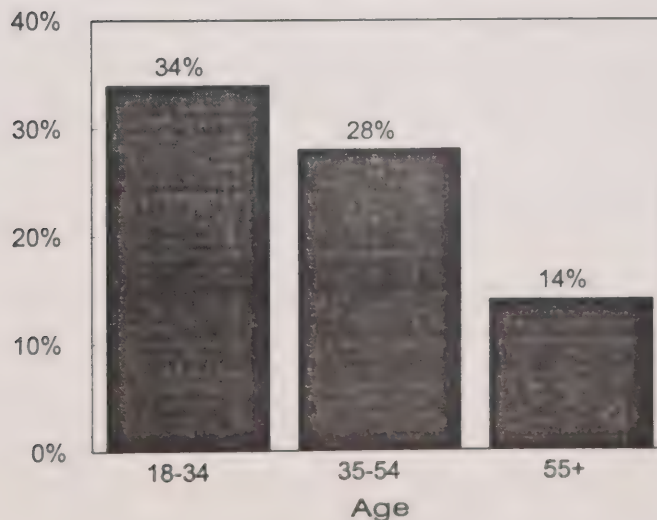
Source: Ontario Student Drug Use Survey, Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation Division

- Young adults, ages 18-34, have very high smoking rates—34% province-wide.¹⁸
- Smoking rates are particularly high in Northern Ontario, where 43% of young adults smoke.¹⁸

FIGURE 3

Smoking Is Highest Among Young Adults

Ontario, 1997



Source: Ontario Drug Monitor 1997, Addiction Research Foundation

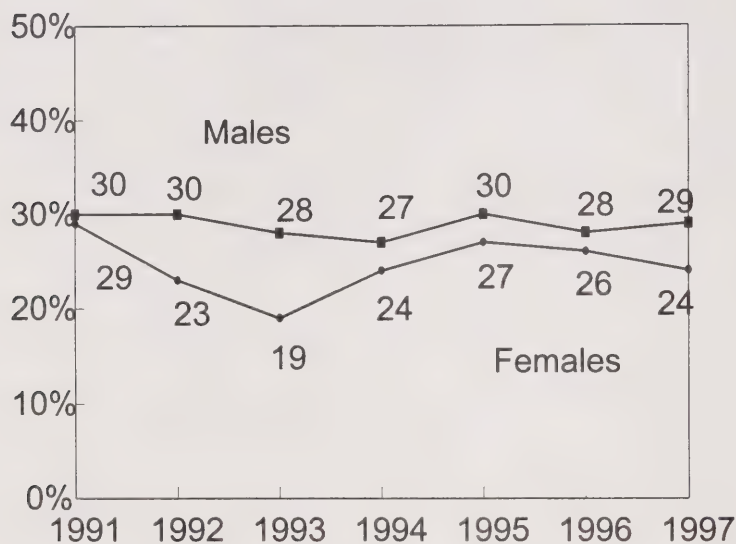
- More than one quarter of adult Ontarians ages 18 years or more smoke—29% of men and 24% of women.¹⁸

FIGURE 4

Adult Smoking Rates Are Not Declining

Ontario, Current Smokers, Age 18+

1991-1997



Source: Addiction Research Foundation surveys: Ontario Drug Use Survey 1991;
 Ontario Alcohol and Other Drug Opinion Survey 1992-95; Ontario Drug Monitor 1996-97
 Note: Current smokers=daily+non-daily smokers

- Many Ontarians continue to be exposed to second-hand smoke at work and in public places.
- Most Ontario homes with smokers and children are not smoke-free.²⁰ Every day, more than 400,000 children are exposed to second-hand smoke in their homes.¹⁸

2.2 The Disaster Demands Provincial Government Action

Tobacco products are not “ordinary” consumer products. They are addictive, cause disease, and kill people when used exactly as intended by their manufacturers. Cigarettes, by far the most common tobacco product, kill half of their long-term users.²¹ The long-standing legal status of tobacco products has allowed their penetration into every corner of the provincial marketplace. Following bans on direct media advertising, cigarette manufacturers have developed and exploited sponsorship advertising, retail displays and promotional items, and have campaigned for lower taxes in order to maintain their markets.

This province-wide market penetration of tobacco products, so destructive to the public health and the provincial economy, can only be effectively reversed by a comprehensive legislative, fiscal and programmatic response. While action is necessary at the local level, only the provincial government can plan and initiate a comprehensive province-wide campaign, and implement certain components of it.

Action by the provincial government is even more critical since the tobacco industry cannot be relied on to act as a responsible corporate citizen. Evidence from tobacco industry documents, released as a result of legal action, proves that this industry has deceived the public about the damage caused by its products and has targeted its marketing activities toward young people.²²⁻²⁵ In 1998, a tobacco industry subsidiary was convicted of complicity in cigarette smuggling between Canada and the United States. Documents from the U.S. and international parent companies of Canadian corporations also show that the industry has manipulated nicotine levels^{26,27} and disseminated misleading and inaccurate information on the health effects of second-hand smoke.²⁸⁻³⁶ Some U.S. companies closely related to Canadian companies are currently the subject of criminal investigations in that country.

The Government of Ontario has both the authority and the capacity to address the pricing of tobacco products, many aspects of marketing and promotion, exposure to second-hand smoke, media-based education, school programs and cessation assistance. In his April 20, 1995 letter to the Ontario Campaign for *Action on Tobacco*, the Premier noted that “*a Harris government is committed to the current multi-component tobacco strategy which utilizes education, community action and legislation initiatives to reduce the amount of tobacco consumption*”.³⁷

In essence, the Ontario government has a choice: a healthy population or an uncontrolled tobacco industry.

2.3 Ontarians Support Tobacco Control

Government action to control tobacco must have solid public support. Public opinion data clearly show that Ontarians of all political and economic attitudes strongly support government intervention to control tobacco industry products, particularly to protect young people. An October 1998 Angus Reid Group poll⁵ found that:

- More than 9 in 10 Ontarians want smoke-free workplaces.
- Nearly 9 in 10 think public places like arenas and shopping malls should be smoke-free.
- More than 9 in 10 want the provincial government to discourage young people from smoking.
- 8 in 10 support a 25¢ per pack tax to fund tobacco control programs.

- Nearly 7 in 10 believe the number of outlets where tobacco is sold should be reduced.
- More than 7 in 10 think all restaurants should be smoke-free.

These results are all the more remarkable since the polling data also show that Ontarians underestimate the real extent and severity of the tobacco epidemic.

Specifically:

- 46% believe alcohol use including drunk driving kills as least as many people as tobacco use. In fact, tobacco causes about 5 times more deaths than alcohol.¹
- Nearly 3 in 10 believe AIDS kills as least as many people as tobacco. In fact, tobacco kills about 20 times more Ontarians than AIDS.²
- 2 in 3 women believe breast cancer kills more women than lung cancer. In fact, lung cancer surpassed breast cancer as a killer of women in this province in 1996.

In reviewing these data, John Wright, Angus Reid Group Executive Vice President, concluded that tobacco is an issue “about which Ontarians have made up their minds.”

2.4 Why Tobacco Control in Ontario is Not Working

A review of the evidence indicates that tobacco control in Ontario is not working.

Specifically:

- Although most schools in Ontario are now smoke-free, none of the other objectives of the Ontario Tobacco Strategy have been or will be met by their target dates (See Table 1).¹⁸
- Cigarettes are cheaper in Ontario than in any other province or adjacent U.S. state (See Figure 5).¹⁸
- The Government of Ontario spends about 36 cents per capita on tobacco control, approximately 5% of the amount needed for an effective program.³⁸
- Ontario has not passed any new provincial tobacco control legislation since the *Tobacco Control Act* in 1994.
- Province-wide, media-based, public education on tobacco from the Government of Ontario has been eliminated.

TABLE 1. MEASURING PROGRESS TOWARD ONTARIO TOBACCO STRATEGY (OTS) OBJECTIVES

OTS OBJECTIVES	ORIGINAL TARGET DATE	CURRENT STATUS (1997/1998)
Make all schools, workplaces and public places smoke free	1995	<ul style="list-style-type: none"> • Most schools are smoke-free • No effective province-wide legislation for workplaces • Some municipalities have effective restrictions in workplaces and public places
Eliminate tobacco sales to persons under the age of 19	1995	<ul style="list-style-type: none"> • Statutory prohibition in <i>Tobacco Control Act</i> • Enforcement is inadequate • 31% of retailers willing to sell to minors in 1997, up from 26% in 1996 • 5% of vendors charged in 1997 • Less than half of Ontario underage smokers asked for ID at least once
Reduce tobacco sales by 50 per cent	2000	<ul style="list-style-type: none"> • Sales of 18.6 billion cigarettes in 1997, up from 14.3 billion sold in 1992
Reduce proportion of 12 - 19 year olds who smoke to 10%	2000	<ul style="list-style-type: none"> • Price of cigarettes remains lowest in Canada and border US states • Vending machines and "kiddie packs" banned under the <i>Tobacco Control Act</i> • Patchwork of school programs, community programs and training • 28% of students in grades 7-13 smoked >1 cigarette in the last year • 19% of students in grades 7-13 are current smokers
Reduce proportion of adults aged 20+ who smoke to 15%	2000	<ul style="list-style-type: none"> • Price of cigarettes remains lowest in Canada and border US states • Patchwork of community programs and training • 29% of men and 24% of women ages 18+ smoke • No change in the number of cigarettes smoked per day
Eliminate tobacco use by pregnant women	2000	<ul style="list-style-type: none"> • 16% to 23% of pregnant women smoke regularly

Source: The Ontario Tobacco Research Unit. Monitoring the Ontario Tobacco Strategy. Progress Towards Our Goals 1997/1998. Fourth Annual Monitoring Report, November 1998

FIGURE 5: WHAT IS WRONG WITH THIS PICTURE?

Estimated Price per Pack of 25 Cigarettes
Canadian Provinces and Land Border States
(In Canadian Dollars)
December, 1998



Notes:
Estimated prices are based on U.S. price increases due to litigation settlements up to December 1998. Prices in bordering U.S. states are expected to increase further as a result of the U.S. FY 1999 budget and expected state increases. Exchange Rate is for Nov. 27: CDN=\$0.6514. Prices include all state, provincial, and federal taxes. Local sales and tobacco taxes in US are excluded.

Source: Smoking and Health Action Foundation, 1998

- Although new legislation allows the Ministry of Health to 100% fund priority public health programs, tobacco control has not been given priority status.
- As a result of local services realignment, Ontario has nearly eliminated the Ministry of Health's role in financially supporting the administration of the *Tobacco Control Act* and tobacco prevention programming by local public health units.
- Sales to minors charges laid under the *Tobacco Control Act* dropped by 20% between 1997 and 1998. Retailers willing to sell tobacco to young people increased from 26% in 1996 to 31% in 1997.¹⁸

It is not surprising that tobacco control in Ontario is not working. Here are some reasons:

- ***The budget allocation for tobacco control has been reduced.*** Funding for the Ontario Tobacco Strategy is about \$4 million in the 1998-99 fiscal year. This is less than 25% of the amount allocated at the height of the Strategy in 1994-1995. Current provincial government funding for tobacco control in Ontario (about 36 cents per capita) is far below the amount needed for real impact³⁸, and much less than the amount spent in other North American jurisdictions, such as Massachusetts,³⁹ California,⁴⁰ and Oregon,⁴¹ that have achieved notable reductions in tobacco consumption. For example, Massachusetts spends about \$9 Cdn per capita (FY 1997) on its comprehensive tobacco control program.³⁹
- ***Province-wide, media-based public education from the Government of Ontario has been eliminated.*** This important program element focussed specifically on youth.
- ***Critical elements of supportive policy have not been addressed.*** Tobacco taxes, originally cut by the federal government and the previous provincial government in early 1994, have been raised only slightly since then. In his April 20, 1995 letter to the Ontario Campaign for Action on Tobacco, Premier Harris stated that, while he refused to raise taxes unilaterally, "*we are committed, however, to working with other jurisdictions—international, federal and provincial—to develop a harmonized tax policy and a common tax protocol. As part of this effort, a Harris government will follow through with the recent commitment of the current government to raise taxes to stay in line with the recent increase announced by the federal government*".³⁷ This commitment has not been met. The federal tax increase of February 1995 was not subsequently matched by the province, nor has there been any indication that the province has advocated further tax increases either at the federal level or in Quebec.
- ***Existing legislation has not been strengthened.*** Necessary amendments have not been made to the *Smoking in the Workplace Act* and the *Tobacco Control Act* to effectively address smoking in the workplace and public places, respectively.

- *Additional strategies have not been introduced.* New tactics are required to counteract the powerful influences of the tobacco industry and its addictive products.

Clearly, renewal of tobacco control in Ontario is urgently needed.

3.0 A NEW ONTARIO TOBACCO STRATEGY

3.1 Goals of the Strategy

The Ontario Tobacco Strategy, as originally conceived, had three overall *goals: prevention, protection and cessation.*⁴² Specifically, the Strategy aimed to:

- prevent tobacco use by non-smokers, particularly children and adolescents,
- protect Ontarians from second-hand smoke,
- help smokers quit.

These should remain the goals of the Strategy. They are evidence-based and embody the key aims and functions of a tobacco control strategy.

The Strategy, as originally designed, was modelled using the best science available at the time.⁴³ It was based on the recognition that reducing tobacco use is a complex challenge with no simple solutions. Consequently, the Strategy was envisaged as an integrated program incorporating provincial and community initiatives to reach defined groups through various approaches and delivery sites.

Objectives for the Strategy with target dates for their accomplishment were established in 1992, based directly on the tobacco control objectives and targets originally set by the Premier's Council on Health Strategy.⁴⁴ The original objectives and targets were based on projections made from Health and Welfare Canada's 1986 Labour Force Smoking Survey. They concerned making all schools, workplaces, and public places smoke-free, eliminating sales to minors, reducing overall tobacco sales, achieving substantial reductions in the proportions of young people and adults who smoke, and eliminating the use of tobacco products by pregnant women (See Table 1).

In *The Mandatory Health Programs and Services Guidelines*, implemented in the province of Ontario in January 1998, the original objectives of the OTS regarding smoking prevalence and smoke-free places were simply restated with extended dates, and two objectives concerning the reduction in tobacco vendor non-compliance and more smoke-free homes were added. However, there was little meaningful consultation with the broader health community about these changes. Most importantly, no new laws, policies, or programs were put in place and no new funding was allocated to attain these objectives.

3.2 Should New Objectives and Targets be Set Now?

The Minister asked us to review the objectives and targets of the existing Strategy and recommend change. Although the *goals* of the Strategy, ***prevention, protection and cessation***, remain valid, the Panel believes that setting specific numerical objectives and targets, without the assurance of the necessary infrastructure to ensure progress, is a pointless exercise. What is worse, to do so would mislead the Minister and the public, by creating the impression that such objectives and targets are achievable, although, in fact, there is little hope of effective progress toward them without adequate implementation tools and resources.

Accordingly, the Panel has ***not*** revised the objectives and targets of the Strategy. A clear commitment by the provincial government of sufficient financial, legislative, regulatory and personnel resources to be sustained over several years is a critical underpinning of any meaningful endeavour in this regard. Without this underpinning, such an exercise would be no more than wishful thinking.

3.3 A Vision for Ontario

The Panel, nevertheless, does have a vision for a tobacco-free Ontario. This vision is based on the now substantial evidence that real progress toward a tobacco-free society is possible with comprehensive, sufficient and sustained resource commitments.

We see an Ontario where:

- the public understands the full extent of the harm caused by tobacco industry products,
- policy makers recognize the addictive and hazardous nature of tobacco products and regulate them accordingly,
- the tobacco industry pays the full cost of the harm inflicted by its products,
- substantially higher prices discourage the uptake of smoking, reduce the amount smoked, and accelerate quitting across the population,
- young people have little access to tobacco products because of high prices and controls on sales,
- there is no promotion of tobacco products, either directly or indirectly,
- public places are smoke-free,
- workplaces are smoke-free,

- parents understand the risks to children of exposure to second-hand smoke,
- children are not exposed to second-hand smoke anywhere,
- pregnant women are not exposed to tobacco smoke,
- every child participates in smoking prevention programs in school and in the community,
- smokers are no longer an underserved population because they have access to a full range of information and services to motivate them and help them quit,
- health care providers are appropriately supported in their efforts to help smokers quit,
- ongoing research enables tobacco control measures to be monitored, evaluated and improved.

4.0 BUILDING A STRATEGY THAT WORKS

4.1 Comprehensive Measures Work

There is compelling evidence that a comprehensive tobacco control program, *if adequately financed to allow appropriate implementation*, could effectively prevent the onset of smoking, protect Ontarians from exposure to second-hand smoke, and increase smoking cessation rates. Copious research points to the need for such an approach.⁴⁵⁻⁵² Interventions that focus on one or a few population groups, such as women or youth, or on one or a few approaches, such as restrictions on sales to minors, have little impact.

Even more compelling is the demonstration from several U.S. states, notably Massachusetts,³⁹ California,⁴⁰ and Oregon⁴¹ that a comprehensive approach is both possible and effective.⁵³⁻⁵⁵

The state of Massachusetts launched a comprehensive tobacco control program in 1993. Elements include legislation, enforcement, price increases, mass media, and funding of local boards of health, school health and other youth programs. California's comprehensive program, which began in 1989, also includes legislation, enforcement, price increases, mass media campaigns, funding to local health agencies to provide technical support and monitor adherence to anti-smoking laws, community-based programs and enhancement of school-based prevention programs. Oregon's program, initiated in 1996 and funded by increased tobacco taxes, includes community-based tobacco-use prevention coalitions in every county, a statewide public awareness and education campaign, comprehensive school-based programs, tribal tobacco-use prevention programs, multicultural outreach and education, a quitters' help line providing smoking cessation support, and projects evaluating new approaches to prevent or reduce tobacco use.

Evaluations show that full implementation of a comprehensive approach works.

Specifically:

- In California, per capita consumption fell 33% between 1989 and 1993, much more than the decline realized in the rest of the United States.⁴⁰
- In Massachusetts, per capita consumption of tobacco fell 31% between 1992 and 1997, compared to a national decline of 7%.³⁹
- In Oregon, within two years of the initiation of a comprehensive tobacco control program in 1996, per capita consumption fell by 11%. This drop compares favourably to the 2% increase in consumption between 1993 and 1996.⁴¹

The declines in cigarette consumption in Oregon, California, and Massachusetts indicate that adequately funded, comprehensive tobacco-control programs can quickly and substantially reduce tobacco use.

Other important outcomes in Massachusetts were:

- a reduction of 20% over 3 years in the number of cigarettes smoked by those who continued to smoke,³⁹
- a reduction of 23% over 3 years in the proportion of workers exposed to second-hand smoke in the workplace,³⁹
- greatly improved compliance with sales to minors laws, with rates increasing from 52% to 92% over 3 years.³⁹

The California experience demonstrates that funding and a comprehensive effort must be sustained. In the face of national increases, smoking rates among young Californians held steady from 1990 to 1993 at about 9%; however, after 1993 they increased, reaching almost 12% by 1996. Between 1993 and 1996, adult smoking rates held steady, after a period of decline. This halting of progress in both groups was likely due to a combination of reduced funding to the tobacco control program, increased tobacco industry advertising and promotion, and tobacco industry pricing and political activities.⁴⁰

These successes prompted the U.S. Centers for Disease Control and Prevention to recommend that all states establish tobacco control programs that are comprehensive, sustained over time and utilize community partnerships. Budget guidelines were developed, with recommended expenditures between \$4.51 U.S. and \$14.99 U.S. per capita, for a state with a population of 10 million.³⁸

The successful control programs had six common ingredients:

- Programs were *adequately financed*. A substantial investment in a sustained and comprehensive, multi-year strategy is necessary to counter the addictive power of nicotine and the pervasive efforts of the tobacco industry to promote its products.
- They included a *mix of strategies* designed to prevent young people from starting to smoke, protect people from exposure to second-hand smoke, and persuade and help smokers to quit. These strategies included policy promotion and implementation, enforcement, school-based and community-based education, and smoking cessation services.
- They included a major *media campaign* to provide information and influence public attitudes toward smoking.
- They included a number of *state-wide initiatives* (such as a Smoker's Quitline), as well as extensive *community programming* that involved people in their homes, worksites, schools, entertainment venues, and other community locations.
- They included *technical assistance* and other *support functions* to increase the number and build the capacity of tobacco control professionals and community groups.
- They included *research, monitoring and evaluation* strategies to track progress and inform adjustments over time.

Arizona, Florida, Maine, Minnesota, Utah, and British Columbia are taking their lead from these successful experiences and have launched comprehensive tobacco control strategies. Building also on these experiences, this Panel recommends actions that must be taken in Ontario to strengthen and sustain the new Strategy and ensure that it is comprehensive.

These recommendations are presented according to their *primary goal: prevention, protection, or cessation*. An exception is mass media which supports each goal of the new Strategy. Many recommendations will help achieve more than one goal: for example, higher prices⁵⁶ and better and larger package health warnings^{57,58} will both discourage young people from starting to smoke and encourage cessation. Similarly, restrictions on smoking provide both protection from second-hand smoke and an environment that helps smokers to quit or cut down.⁵⁹⁻⁶³

An effective Ontario Tobacco Strategy needs a consistent policy and program environment in which actions reinforce each other, and contradictory or confusing messages about tobacco are eliminated. This is reflected in the Panel's recommendations. A brief rationale is included with each recommendation.

4.2 Prevention

This goal of the Strategy focuses on preventing non-smokers, particularly children and adolescents, from starting to use tobacco. To be effective, a comprehensive prevention program must address the issues of tobacco pricing, access to information about tobacco products, promotion and packaging, retail sale including sales to minors, mass media-based public education, and school education.

4.2.1 Price

Recommendations

- 1. In light of U.S. price increases and the Canadian export tax, Ontario tobacco prices should be raised and maintained at levels at least comparable to surrounding jurisdictions.**
- 2. The Government of Ontario should immediately and forcefully lobby both the federal and Quebec governments in support of a similar increase in Quebec, in order to prevent inter-provincial smuggling.**
- 3. Ontario legislation should be amended to require that tax-paid markings be printed directly on cigarette packages sold in the province.**

Rationale

Increasing the price of cigarettes is essential to reducing and preventing smoking among young people, and is supported by several decades of research.^{47,56,64-75} Young people are much more price-sensitive than adults, that is, for a given price increase, they are much more likely to quit or not take up smoking, or to reduce their consumption.

As of February 1999, Ontario has much lower cigarette prices than other surrounding Canadian provinces and U.S. states except Quebec. Ontario prices are only slightly lower than those in Quebec.

Governments and the media frequently cite smuggling as a reason not to raise taxes. Currently, this fear of smuggling has little foundation because:

- Prices are now much higher in bordering U.S. states than in Ontario and are expected to increase further as a result of President Clinton's FY 1999 budget and expected state increases.

- Even with substantially increased prices in Ontario, there will be no incentive for smugglers to bring illegal product into the province. Smuggling in Canada today is essentially inter-provincial, with cigarettes moving **from** Ontario and Quebec **to** other provinces which have higher prices. Higher prices in Ontario and Quebec will eliminate this illegal traffic.
- Improved tax-paid markings, which are difficult to counterfeit, would make identification of smuggled product much easier.

It is clear that Canadian tobacco companies played an important role in the 1992-1994 smuggling problem. They sent vast quantities of Canadian cigarettes to the United States, despite the lack of a legitimate market. These cigarettes were then brought back into Canada illegally, triggering the “crisis” that led to the 1994 tax reductions. Recently, an affiliate of RJR MacDonald was convicted for U.S. tax evasion as part of a scheme to transit Canadian cigarettes through New York State and back into Canada, and both U.S. and Canadian authorities continue to investigate the industry.

Even though the risk of smuggling is very low, it can be further minimized by changing the way the payment of tax is shown on tobacco packages. At present, each province has a coloured tear-off strip as part of the cellophane outer wrapping, indicating that tax has been paid. This can be easily counterfeited by smugglers and the packages rewrapped. However, new technology now permits paid markings that incorporate both covert and overt markings. These features are very difficult to counterfeit and can be printed directly on the package, further reducing any incentive to smuggle tobacco. New evidence from Michigan shows that tax paid markings can effectively eliminate smuggling. In 1998, the Michigan state government recouped \$46 million in taxes using this strategy.⁷⁶

4.2.2 Media-based and School Education Programs

Recommendations

- 4. Intensive mass media-based and community-based public education programs should be mounted to:**
 - educate the public on the real risks of tobacco use
 - educate the public on the behaviour of the tobacco industry, its targeting of young people, and its deceptive and manipulative practices
 - build public support for price and other control measures
- 5. Comprehensive school-based prevention programs should be prepared, implemented and monitored in all grade 6-12 classes in Ontario, and earlier in schools where experimentation begins in lower grades.**

6. The Government of Ontario should fund communities to prepare and implement community-wide education programs to support smoking prevention programs delivered through the school curriculum.

Rationale:

Low prices and the pervasive retail presence of tobacco products send deceptive messages to Ontarians of all ages.

Media-based public education can counter these pro-tobacco messages. Experience from other jurisdictions has shown that mass media messages are a critical part of effective, comprehensive tobacco control.^{47,77-83} They build support for policy measures, they can explain the real nature and the risks of tobacco products, and they can provide new information about the behaviour of the tobacco industry, its targeting of and marketing to young people, and its other unscrupulous practices. Further, they are a cost effective way to deliver prevention messages.⁸⁴

The Government of Ontario should not assume that federal government mass-media programming can or will take the place of an Ontario campaign.

Public education in this area is best achieved with a combination of provincial media campaigns and intensive local programming.⁸⁵ Ontario has an active, established network of public health units and voluntary organizations with an interest in tobacco control. With better resources and a clear mandate to promote non-smoking, this network has the capacity to implement targeted education campaigns that could effectively complement a province-wide media campaign. Current legislation allows the Ministry of Health to fund 100% priority public health programs. Tobacco control has not been given priority status. This should be done immediately.

The school is an important channel to reach children and adolescents with smoking prevention programming. The vast majority of smokers begin smoking as children and teenagers making it crucial to focus prevention efforts on children.⁴⁷ Research indicates that effective smoking prevention programs should start just before children begin experimenting with tobacco,^{46,77,86} and extend through the high-school years. At a minimum, this is grades 6 through 12 throughout the province. In some regions, or with some subgroups where smoking onset begins earlier, programming should begin earlier.

School-based programs are most effective when combined with comprehensive community approaches.⁸⁷ Specifically, school programs combined with mass media interventions have been shown to be more effective over the long term than school programming alone.^{47,78,80}

4.2.3 Marketing: Packaging, Labelling and Information Disclosure

Recommendations

- 7. Plain (generic) packaging should be required in a manner that has minimal impact on the printing and packaging industry.**
- 8. Additional health warnings and ingredient information should be required on tobacco packaging.**
- 9. Package health warning inserts should be required.**
- 10. Deceptive labelling such as, “light” and “mild”, should be eliminated.**
- 11. The tobacco industry should be required to disclose product ingredients, additives and smoke emissions by brand.**
- 12. The Minister of Health should liaise closely with other Canadian and U.S. authorities on all aspects of packaging, advertising and promotional controls, in order to minimize the possibility of legislative and regulatory loopholes.**

Rationale

The current packaging of tobacco products promotes the positive imagery associated with these products.⁸⁸ Research findings from several areas indicate that plain (generic) packaging of tobacco products will likely reduce smoking uptake by non-smoking youth, and contribute to smoking cessation among youth and adults.⁸⁹

Much better information about the toxic and cancer-causing contents of tobacco products is required by government and the public. The public has never been fully informed of these contents, nor of the health impacts of individual ingredients in tobacco products. Substantial health warnings help change knowledge, attitudes, and behaviour.^{57,58} According to recent research, labels such as “light” and “mild” have misled the public into believing such cigarettes are safer or that they contain less tar and nicotine.⁹⁰ In fact, to a great extent, the tar and nicotine delivery from a cigarette is determined by the way it is smoked. Many smokers compensate for any reduction in nicotine yield by blocking ventilation holes on the filter, increasing the number of cigarettes smoked, more frequent puffing, and increasing depth and duration of inhalation.⁹¹⁻⁹⁵ Contrary to what smokers may believe, they can inhale *more* tar and nicotine from some “light” brands than from regular cigarettes.

The industry has shown itself to be adept at exploiting deficiencies or loopholes in legislation related to all aspects of marketing.⁹⁶ The proliferation of sponsorship advertising is a case in point.^{97,98} Particular attention must be paid to industry initiatives to circumvent the intent of legislation and regulations in this area.^{99,100}

4.2.4 Retail Controls

Recommendations

- 13. Provincial sales to minors restrictions should be strengthened by larger and stronger point-of-sale health warnings signage, and by eliminating all point-of-sale tobacco product advertising.**
- 14. The *Tobacco Control Act* should be strengthened by increasing enforcement resources, increasing fines for non-compliance, and by requiring the posting of a prominent sign at convicted retail premises after *first* convictions, together with a prescribed notice in local newspapers paid for by the retailer.**
- 15. The *Tobacco Control Act* should be amended to make it easier to prosecute vendors, and should be streamlined and clarified in order to prevent senior courts from diluting its intent.**
- 16. Tobacco products should be placed out of sight of customers behind counters at point-of-sale.**
- 17. The province should ban the sale of chewing tobacco and snuff.**
- 18. The tobacco industry should be required to publicly disclose in a form specified by the Ministry of Health:**
 - Marketing and research information including sales and consumption data by region,**
 - Provincial financial statements, and,**
 - An annual compilation and presentation of an up-to-date database of all tobacco retailers in Ontario.**

Rationale

At retail outlets throughout Ontario, attractive packaging, displays and point of sale advertising signs without comparable health warnings strongly reinforce the attractiveness of tobacco products and contribute to the false perception that they are a consumer product like any other. This image must be eradicated.

The original Strategy was built around significant restrictions on retail sales to minors. Restrictions to date have not produced anticipated reductions in such sales, due in part to:

- continuing low prices,
- ineffective and under-financed enforcement,
- attractive and prominent packaging and displays, and
- sponsorship advertising.

If additional restrictions on sales to minors and the retail environment do not produce anticipated results,¹⁰¹⁻¹⁰³ serious consideration must be given to reducing the number of tobacco sales outlets in Ontario. Tobacco is now available up to 24 hours a day in approximately 22,000 outlets throughout the province. This conveys an unwarranted image of product “normality”, besides posing serious problems in effectively controlling sales to minors. Further, many outlets are staffed by young people, who may be reluctant to confront a group of older teenagers under the legal age who want to purchase tobacco. Options include:

- reducing the numbers and kinds of outlets,
- requiring a provincial tobacco sales licence, and
- special outlets.

Limiting the number and kinds of outlets and reducing hours of sale could have a substantial impact on consumption by young people. In Ontario, this approach has been employed for years for another hazardous consumer product—alcohol.

The sale of chewing tobacco and snuff, which is flavoured and packaged to be more appealing to young people, is a method of introducing young people to nicotine addiction without the difficulties many experience initially in inhaling cigarette smoke. There is documented evidence that manufacturers use a graduated strategy to move new users along to more addictive smokeless tobacco products.¹⁰⁴ A ban on these materials has been recommended by many health authorities, and some jurisdictions have acted. A ban would be a step toward eliminating one of many “gateways” to nicotine addiction. Because these products are manufactured outside Canada and currently have no significant market in Ontario, their elimination would have very little negative economic impact.

The Mandatory Health Programs and Services Guidelines, which came into effect in January 1998 under the authority of the *Health Protection and Promotion Act*, requires local boards of health to enforce the *Tobacco Control Act*. These requirements include inspections of tobacco vendors, compliance checks, laying of charges for infractions and an annual compilation of all tobacco vendors within a board's jurisdiction. These provisions could be

strengthened by specifying the data collected for the provincial government, and shifting responsibility for data collection to tobacco manufacturers, as a cost of doing business in Ontario. This would have a positive impact on provincial monitoring and research and free up local public health resources.

A note on making youth possession illegal: While this approach has recently been advocated by some, the Panel strongly **recommends against it** because:

- In the United States, making youth possession illegal is supported by the tobacco industry and retailers, in an effort to shift the onus on preventing youth access away from the industry and retailers who sell illegally to young people, to young people themselves.¹⁰⁵
- There are practical difficulties with enforcement.
- This approach is a method of avoiding compliance checks, which often reveal retailers who are violating sales to minors laws.
- Finally, courts may not view individual incidents of youth possession as serious enough to sanction, nullifying any deterrent effect.

4.3 Protection

This goal of the Strategy focuses on protecting Ontarians from exposure to second-hand smoke.

Recommendations:

19. The Government of Ontario should make all indoor public places 100% smoke-free. Facilities used for recreation by young people, such as arenas, bowling alleys and shopping malls, should be made smoke-free immediately. Target dates and specifications for other public facilities should be set, using a phased-in approach.
20. The Government of Ontario should ban smoking in all enclosed worksites in the province, except where such worksites contain smoking areas which are separately-enclosed and separately-ventilated to the exterior of the premises. This requirement should be implemented in stages, beginning at once with office and industrial worksites, then moving to restaurants and other hospitality venues, with bars (defined by alcohol sales as a percentage of revenue together with no admission for persons under 19 years of age) being the final stage. A timetable to accomplish this should be developed immediately.

- 21. The Government of Ontario should implement province-wide, media-based public education programs to ensure that every parent is informed of the risks of second-hand smoke to children, and urged to eliminate their children's exposure by making homes and vehicles smoke-free and avoiding places where smoking may occur.**

Rationale

The need for protection from second-hand smoke is based on more than two decades of research,^{106,107} with the first major call for comprehensive protection coming from the U.S. Surgeon General in 1986.¹⁰⁸ Major research advances during the past several years demonstrate that the risks from exposure extend well beyond lung cancer and are experienced by both adults and children.¹⁰⁶⁻¹¹¹ Besides lung cancer,^{112,113} adults exposed suffer an increased risk of heart disease¹¹⁴⁻¹¹⁶ and respiratory problems.¹¹⁷ Exposed children incur significant risks of respiratory infections,^{106,107} ear problems,^{106,107,118,119} asthma^{106,107} and sudden infant death syndrome,¹²⁰⁻¹²² with substantial costs to the health care system^{123,124} In fact, there is no other consumer product to which large numbers of Ontarians are exposed on a daily basis with few or no restrictions that generates by-products as carcinogenic or toxic as second-hand smoke.

It is important to note that most debate on second hand smoke is generated by the tobacco industry,^{31,32,35} its paid researchers,^{34,36} a few sympathetic media and a small minority of smokers.¹²⁵⁻¹²⁷ Evidence from tobacco industry documents now on the public record proves the existence of an extensive industry campaign to undermine the scientific consensus on the health risks of second-hand smoke.^{22,23,28-36} A particular target of this campaign has been the hospitality industry, whose representatives have (often unwittingly) repeated tobacco industry arguments against second-hand smoke controls in their establishments. Extensive independent research shows there is essentially no negative economic impact of smoke-free policies on this sector,¹²⁸⁻¹³⁴ that its employees are those most in need of protection,¹³⁵⁻¹³⁷ and that when employees are protected, they experience significant health benefits within a very short period of time.¹³⁸ It is also a well-established tobacco industry tactic to raise concerns about non-compliance with restrictions. In Ontario, this is not an issue. In 1996, less than 10% of smokers surveyed in the province indicated that they would ignore more restrictions on smoking.¹³⁹

Successful smoke-free policies in other jurisdictions have generally followed a staged approach, starting with office and industrial worksites, then moving to restaurants and other hospitality venues, and finishing with bars. At the provincial level, the *Smoking in the Workplace Act* enshrines the right to smoking in the workplace that is not restricted to separately-enclosed, separately-ventilated areas. As a result, many thousands of Ontario workers are exposed unnecessarily to a serious health hazard. Currently, the province is depending on individual municipalities to pass effective smoke-free by-laws, an approach that is haphazard, fails to provide the necessary protection for *all* workers, and precludes a level playing field for the hospitality sector.

For private settings where public policies are inappropriate, media-based educational programs should encourage reduction of exposure to second-hand smoke. Only 20% of Ontario homes with children and smokers were smoke-free in 1996.²⁰ Public education in this area should include a combination of provincial media campaigns and intensive local education programming. Health professionals across the province also have a role to play in educating the public about the hazards of second-hand smoke.

4.4 Cessation

This goal of the Strategy focuses on strategies to help smokers quit.

Recommendation

- 22. The Ministry of Health should develop, fund and implement a comprehensive, coherent, evidence-based, province-wide system for assisting smokers in the quitting process.**

Key elements should include:

- **A toll free number placed on every package of tobacco products sold in the province to provide direct access to cessation services. A web site should also be provided.**
- **Media-based public education to reinforce the availability of the toll free number and web site, the best methods of quitting smoking, and the financial and health benefits of doing so.**
- **Nicotine replacement therapies available in the self-serve areas of pharmacies.**
- **Training for all health care providers in Ontario to enable them to systematically and effectively motivate and help smokers quit.**

Rationale

Most Canadian smokers have tried to quit smoking,¹⁴⁰ and about one-half of all daily smokers say they intend to quit in the next year.¹⁴¹ However, only a small proportion of smokers report successfully quitting on a particular quit attempt.⁴ Most smokers who do succeed in quitting have done so only after many failed attempts. There is a lot at stake: half of those who fail to quit will die before their time from smoking related diseases.²¹

Cessation measures must be part of a comprehensive program. Smokers who quit are more likely to remain long-term non-smokers if the community environment around them is supportive during the quitting process and helps them avoid potential relapse situations. Increased cigarette prices,⁵⁶ health warnings,⁵⁸ restrictions on smoking in the workplace and public places,⁵⁹ and mass media messages^{142,143} help smokers quit and stay smoke-free.

The Panel is concerned about the current patchwork of cessation services in Ontario, the insufficient resources devoted to providing them, and the obvious difficulty experienced by many smokers in identifying an appropriate cessation method. There is now a substantial research base upon which to build an array of effective cessation strategies.¹⁴⁴⁻¹⁴⁹ Cessation services, themselves, need great improvement. The Panel recognizes the potential public health impact of accessible help through a toll free number and the internet.¹⁵⁰ Computer-based systems for mass delivery of education and counselling are now being developed.¹⁵¹⁻¹⁵³

Nicotine replacement therapies, in the form of nicotine gum or the transdermal patch, have been shown to increase success in smoking cessation attempts when used on their own or in conjunction with various counselling methods.^{145,154-156} Providing these products in the self-service areas of pharmacies will increase their availability. Chances of successful cessation are further improved when nicotine replacement therapy is combined with counselling.¹⁴⁵ Nicotine nasal spray is also effective,¹⁵⁷ as is another pharmacologic aid, Zyban (bupropion hydrochloride).^{158,159}

While access to services is important, so are the proficiency of service providers and the affordability and availability of adjunct therapies. With assistance from the Ministry of Health, three organizations, the Ontario Medical Association, the Ontario Pharmacists' Association, and the Program Training and Consultation Centre, are working to improve the ability of physicians and other health care professionals to effectively counsel their patients to quit. The practical effectiveness of health care providers has been demonstrated¹⁴⁵ and should be enhanced. Necessary program supports include training, program materials, a referral network and adequate compensation for services provided. Evidence indicates that the reach of such programs to smokers can have substantial public health impact.

Smoking cessation interventions have been shown to be cost effective in relation to other types of medical interventions.¹⁴⁸ Now, the key problems are the lack of a comprehensive plan and sufficient resources to support cessation services across the province.

5.0 SUPPORTING A STRATEGY THAT WORKS

5.1 Finance

Resource allocation to implement the components of a new Strategy should be based on funding models used effectively in other jurisdictions, such as Massachusetts and California, and should be consistent with the guidelines developed by the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC).³⁸ Funded elements should include legislation and enforcement, media and other public education campaigns, school programs, community programs, cessation programs, administration and management, and research, monitoring and evaluation.

Every attempt should be made to deliver programs through existing channels. The necessary skills and capacity should be developed and encouraged to institutionalize tobacco use reduction services and messages so that they are persistent, inescapable, and consistent with best practices. In addition to the necessary role of the provincial government, public health departments and local community groups have the capacity to implement proven tobacco use reduction programs and services. Easy access to technical assistance, training, and funding are needed to support program evaluation, media campaigns, implementation of smoke-free policies, smoking prevention and cessation programs, and reducing minors' access to tobacco.

Funding to province-wide organizations or resource centres should be increased to provide free and readily accessible support to ensure that these skills are developed, nurtured and maintained at the local level. The Ontario Tobacco Strategy was founded on the concept of partnership among key non-governmental organizations (NGOs), such as the Canadian Cancer Society—Ontario Division, the Heart and Stroke Foundation of Ontario and the Ontario Lung Association. With adequate resources, their local volunteers and offices could play a key role in implementing the programs and services needed to support components of a comprehensive tobacco control plan.

Recommendation

- 23. Annual funding by the Government of Ontario for a mature Ontario Tobacco Strategy should be set at a level of 0.5 cents per cigarette sold per year. This funding should be introduced in incremental stages over three years, to allow for development of programs and delivery mechanisms.**

Rationale

The recommended funding level for the new Strategy is based on the successful experiences of other jurisdictions, and would provide about \$30 million in the first year, growing to approximately \$90 million at maturity, based on cigarette sales of 18.6 billion cigarettes in Ontario in 1997. This mature amount equals about \$8 per capita, an amount within the range required for an effective program under the CDC guidelines.³⁸

This approach should be attractive to government because:

- Strategy interventions are based on ***proven best practices***.
- Government can be satisfied that its ***spending levels are appropriate***.
- As the revised Strategy succeeds, ***government costs are automatically reduced***.

This approach is also attractive as a formula for establishing funding levels because:

- It ties funding to an ***objective indicator of need*** (tobacco consumption), thus insulating it from internal government budgetary pressure.
- It would provide ***predictable funding*** levels from year to year.
- It would give the Strategy relative ***independence*** in program decisions.

5.2 Infrastructure

Recommendations

24. **Responsibility for developing and resourcing implementation of the new Strategy, and elements such as legislation or litigation that are specifically the role of government, should be assigned to the Ministry of Health.**
25. **Responsibility for elements of the new Strategy that are politically sensitive or best delivered by others should be assigned to other organizations by the Ministry of Health.**
26. **The Ministry of Health must show internal commitment by providing adequate staffing to fulfill its role in support of the Strategy.**
27. **The Chief Medical Officer of Health should act as champion for the Strategy within government and with the public.**

Rationale

The Panel has decided not to make a specific recommendation about the type of organization to which some elements of the new Strategy should be contracted. We debated the feasibility of recommending the creation of a special purpose organization, or contracting to an established health services organization, either in the broader public sector or the non-governmental (NGO) community.

The Panel has examined various approaches, including the comprehensive programs in California and Massachusetts. Both these programs are largely lodged within the state governments, and both have had undeniable successes. Nonetheless, there have also been well-documented pressures on these programs from within government. In California's case, significant funding cuts to the program by the state government contributed to reductions in the program's effectiveness,⁴⁰ and effective mass media messages were blocked by political forces.¹⁶⁰

Closer to home, an obvious concern is the instability of the Ontario Tobacco Strategy. Funding is currently less than 25% of the allocation at the height of the Strategy. Further, province-wide media based education from the Government of Ontario has been eliminated. Clearly, to be effective, the Strategy must be both sustained and stable. It must also be free—and be seen to be free—from political pressure and tobacco industry influence.

Whatever the conclusion reached, certain principles are clear:

- the organizational model for management of the Strategy must be based on a responsible, accountable governance structure;
- the funding of the Strategy must be stable and sustained;
- the Strategy must have the capacity to form partnerships with voluntary, NGO and private sector stakeholders;
- the Strategy must be sufficiently flexible to permit adjustments and revisions;
- potentially controversial components of the Strategy, such as the media campaign, must be insulated from political and tobacco industry interference.

However the Strategy is organized, the Ministry of Health will need to provide substantial staff support. Clearly, some elements of the Strategy, such as legislation and certain enforcement activities, can only be carried out at the provincial level. The Ministry should also be responsible for ensuring that contracted work is conducted according to specifications.

It is critical that the new Strategy have a public face. In diffusing new attitudes and practices in the population, it is important to have a champion.¹⁶¹ Designating the Chief Medical Officer of Health for the province as champion for the Strategy provides this public face and a respected spokesperson who can maintain a dialogue with the public.

6.0 SHOWING THAT THE STRATEGY WORKS AND KEEPING IT CURRENT

Recommendation

- 28. The Ministry of Health should adequately fund a comprehensive and arm's length research, monitoring and evaluation system to measure both the implementation and outcomes of Strategy components and permit their ongoing refinement and renewal.**

Rationale

Key to the success of the California and Massachusetts programs are comprehensive well-funded monitoring and evaluation components.^{39,162,163} Systems for data collection were integral to each initiative and included a variety of measures of both implementation and outcome. In Massachusetts, for example, information on the number of patients served in cessation programs is supplemented by information on the quality of treatment, obtained in periodic audits of treatment service providers. Long-term quit rates provide the ultimate outcome measure, but the implementation or process data are critical in determining how the system is working, so that weaknesses can be identified and corrected. In California, policy and program research continues to be important in developing the foundation for legislative, regulatory and program measures.¹⁶⁴

Limited monitoring and evaluation and some research related to the Ontario Tobacco Strategy have been carried out over the past five years. In the initial planning stage of the Strategy, research funding was cut from the originally proposed \$2.5 million per year to \$0.4 million, resulting in a substantial reduction in the comprehensiveness and utility of this component.¹⁶⁵ Based on the CDC guideline,³⁸ an allocation of 10% of overall budget for monitoring and evaluation would be appropriate.

These elements are essential in evaluating the new Strategy and keeping it current:

- Annual monitoring surveys of key indicators of tobacco use, including prevalence, amount smoked, and cessation rates for both youth and adults;
- Specialized surveys conducted periodically to assess smoking behaviour among special groups, such as pregnant women, non-student youth, and psychiatric patients;

- In-depth surveys conducted periodically to assess attitudes and behaviours regarding smoking and second-hand smoke, perceptions of harm, access to tobacco, and other key issues;
- Retail sales data to track changes in consumer behaviour because current federal sales data reflect wholesale shipments and are unsatisfactory for determining purchasing behaviour;
- Regular surveys using youth of varying ages to monitor retailer compliance with sales to minors legislation coordinated with ongoing studies of youth smoking behaviour to allow for impact studies of the effect of compliance on youth smoking;
- Analysis of enforcement data including visits, inspections, charges, and convictions;
- Specific evaluation studies of the implementation and outcomes of programs and policies that comprise the Strategy;
- Monitoring and evaluation of public education and media campaigns;
- Specially designed studies that examine the effects of each component and the interactions among components within the comprehensive Strategy;
- Funding to enable the inclusion of tobacco-related questions in studies and surveys that focus on other health behaviours and disease outcomes.

These activities form the basis for tracking and evaluating the Strategy and keeping it current. Public interest is best served by a combination of concerted Ministry of Health efforts in collaboration with objective, arm's length organizations.

7.0 RECOVERING COSTS AND ENDING ECONOMIC DEPENDENCY ON TOBACCO

Recommendation

29. The Province of Ontario should initiate legal action, supported by necessary legislation, to recover health care and other costs caused by tobacco products.

Rationale

Until five years ago, the tobacco companies won every lawsuit filed against them, because jurors were convinced that smokers knew the health risks involved and were responsible for their own actions. Leaked documents in the United States showed that tobacco companies had manipulated nicotine levels in cigarettes to increase their addictiveness, and had targeted children and youth. Relying on evidence that the industry had engaged in a conspiracy to misinform the public and deny proof that smoking is “addictive, injurious, and dangerous,” a majority of the U.S. states instituted legal proceedings to recover smoking-related health care costs from the tobacco industry. These suits were supported by the development of alternate legal routes for holding companies liable.

Since July 1997, there have been four out-of-court settlements: the Mississippi case settled in July 1997 for \$3.4 billion U.S., followed by Florida in August 1997 for \$11.3 billion U.S., Texas in January 1998 for \$15.3 billion U.S., and Minnesota in May 1998 for \$6.0 billion U.S. Each settlement represents a one-time payment over 25 years. To facilitate the settlements, some states, such as Florida, passed special enabling legislation. In November 1998, a master settlement between the States Attorneys General and the tobacco industry was reached for the remaining 46 states. The settlement included \$206 billion U.S. in industry payments and various non-monetary restrictions on certain industry practices.

Modelled on similar legislation in Florida, the Province of British Columbia proclaimed the *Tobacco Damages and Health Care Costs Recovery Act (TDHCCRA)* late in 1998. This *Act* gives the Province, as well as individual citizens, the legal authority to recover health care and other costs related to tobacco use from a tobacco manufacturer, if a tobacco-related wrong is established. The *Act* facilitates a lawsuit by the provincial government to recover health care costs related to tobacco use, as well as individual and class action lawsuits. The *TDHCCRA* also allows the government to intervene in any private action brought by an individual against a tobacco company, such that the government can attach to the action and recover related health care costs. This enabling legislation has since been amended to provide for suing in reverse onus, that is, the tobacco industry would have to prove that users were not harmed. As well, it allows the use of aggregate studies showing harm in populations, without having to prove harm to specific individuals, also increasing the likelihood of success.

There are economic, regulatory and public relations advantages in launching a suit against the tobacco industry. A few potential problems associated with an unsuccessful suit can be posited, but to date, there are no health care cost recovery cases in which the government has not been successful.

Here are some reasons why the Government of Ontario should sue:

- The Government of Ontario should be a champion of the public’s health. Suing the tobacco industry is a very public act. It will signal to Ontarians that the government is acting decisively to deal with the tobacco problem.

- Cost recovery of damages owed to the Province of Ontario would be fiscally responsible.
- Health care costs of smokers should be recovered from the producers of the product causing the damages. To date, tobacco companies have been able to make money by “third-partying” their costs. Total health and social costs of tobacco use in Ontario in 1992 were \$3.7 billion, which includes \$1.1 billion in direct health care costs and \$2.6 billion in productivity losses due to tobacco-related illness and death.¹ Based on the Minnesota settlement, British Columbia estimates that it will recoup a total of \$10 billion.
- The litigation process in other jurisdictions will reduce Ontario's costs. Much of the groundwork for suing the industry has already been laid by several U.S. states. The Minnesota Document Depository, established as part of the State of Minnesota's out-of-court settlement with the industry, contains 30,000,000 pages of industry documents. Further, British Columbia is willing to provide key documents including legislation, statement of claim, opinion on the law, and evidence to other provinces. This would result in substantial savings for Ontario in its litigation.
- There will be increased opportunities to regulate the tobacco industry. A settlement with the industry provides the opportunity for negotiating significant non-monetary benefits, such as marketing restrictions, regulating tobacco as a drug, and requiring the industry to meet tobacco reduction targets among youth, with substantial penalties for not achieving these targets. Non-monetary benefits form part of U.S. state settlements.
- Industry documents will be disclosed during the discovery process. In the United States, such documents have been instrumental in discrediting industry claims and publicizing industry efforts to suppress research findings contrary to its interests.
- Health care savings would be incurred. Successful litigation would probably result in substantial increases in the price of tobacco initiated by the industry to pay for cost recovery or for costs associated with a settlement. Price increases would reduce per capita consumption of tobacco and rates of initiation of smoking, and result in further reductions in health costs.

Although litigation requires a considerable initial investment and a sustained commitment to the process, the long-term benefits are diverse and substantial. The evidence against the industry is overwhelming. At this point, Manitoba, the Yukon, Newfoundland and the North West Territories have expressed interest in following British Columbia's lead. A successful suit would have a very positive impact on the government's fiscal health, as well as the health of the population. It would do much to pave the way for further initiatives to reduce tobacco use.

A note on options for litigation: There are two alternatives to a British Columbia-style suit:

- **RICO:** A suit could be brought against the industry, including its Canadian subsidiaries, in the U.S. court system, using *The Racketeering-Influenced and Corrupt Organizations Act (RICO)*. This approach is attractive, in part because it would be implemented by U.S. law firms with experience in this type of suit, and on a contingency basis.
- **Subrogation:** Under this approach, the government would join an existing action like the class action now underway in Ontario. **The Panel strongly recommends against this approach.** The class action has not been certified despite years of effort (and may well never be). Further, the government should under no circumstances become a subordinate partner to another party's action, given the uncertainty of the outcome, the magnitude of the task, the dollars at stake, and the severity of the public health problem at issue. Also, if the government were to support an individual plaintiff, the industry has shown the capacity to stall such actions for years.

Finally, **a note on tobacco growing in Ontario:** The presence of tobacco growing and processing activity in Ontario, and the economic dependency on this activity must be addressed. Government funding should be directed to financing a buy-out program for tobacco farmers, to establish training and retraining programs for workers displaced in the tobacco process industry, and to support an economic stabilization fund for communities whose economies suffer as a consequence of a decrease in tobacco consumption. Crop replacement programs have enabled some growers in the southwestern tobacco growing region to end their dependency on the tobacco crop, but such programs will never be a substitute for a comprehensive economic redevelopment program for the region. While some point to the high rates of return from tobacco (at least twice as much, and frequently more, than those from any other crop, depending on market circumstances) as a reason to ignore the growers' situation, the Panel does not agree with this perspective. Aggressive economic planning and redevelopment is required in the region, and the province should dedicate funding to such redevelopment. This funding **should not be taken** from the amount recommended to underwrite the new Ontario Tobacco Strategy, since it is not directly related to achieving public health objectives. Rather, it should be considered as part of the province's economic development funding and programming, and should be the responsibility of the Ontario Ministry of Agriculture and Food and/or other appropriate ministries.

8.0 ACTIONS WILL SPEAK LOUDER THAN WORDS

Actions are urgently needed to curtail the public health catastrophe in Ontario caused by tobacco products. This report spells out these actions as recommendations. If implemented, they will pay dividends. Ontarians will be healthier and more productive. Unnecessary costs to the economy will be avoided, freeing up resources to provide other benefits to the people of Ontario.

Ontarians support measures to reduce the disastrous impact of tobacco in this province. What remains to be demonstrated is the political will to implement an effective program of tobacco control. A piece-meal approach will not work. Only a comprehensive approach incorporating all of the components outlined in this report will show that the Government of Ontario is serious about tobacco control.

Actions *will* speak louder than words.

9.0 REFERENCES

1. Xie X, Rehm J, Single E, Robson L. *The Economic Costs of Alcohol, Tobacco and Illicit Drug Abuse in Ontario: 1992*. Addiction Research Foundation Document Series No. 127. Toronto: Addiction Research Foundation, 1996.
2. Chief Medical Officer of Health. *Tobacco: Sounding the Alarm*. Toronto: Ontario Ministry of Health, 1996.
3. Villeneuve P, Mao Y. Lifetime probability of developing lung cancer, by smoking status. *Canadian Journal of Public Health* 1994; 85:385-388.
4. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Office on Smoking and Health. Smoking cessation during previous year among adults – United States, 1990 and 1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1993;42:504-507.
5. Angus Reid Group: Ontario Campaign for Action on Tobacco: Proprietary Questions. Ontario Omnibus Survey, Toronto, October 1998.
6. Ontario Council of Health. *Smoking and Health in Ontario: A Need for Balance*. Report of the Task Force on Smoking Submitted to the Ontario Council of Health. Toronto: Ontario Council of Health, May 1982.
7. Ontario Health Review Panel. *Toward A Shared Direction For Health In Ontario: Report of the Ontario Health Review Panel (JR Evans, Chair)*. Toronto: Ontario Health Review Panel, June 1987.
8. Panel on Health Goals for Ontario. *Health for All Ontario: Report of the Panel on Health Goals for Ontario (RA Spasoff, Chair)*. Toronto: Ontario Ministry of Health, 1987.
9. Minister's Advisory Group on Health Promotion. *Health Promotion Matters in Ontario. A Report of the Minister's Advisory Group on Health Promotion (S Podborski, Chair)*. Toronto: Minister's Advisory Group on Health Promotion, 1987.
10. Chief Medical Officer of Health. *Tobacco and Your Health*. Toronto: Ontario Ministry of Health, 1991.
11. Chief Medical Officer of Health. *A Report on Youth*. Toronto: Ontario Ministry of Health, 1992.
12. Chief Medical Officer of Health. *Promoting Heart Health*. Toronto: Ontario Ministry of Health, 1993.

13. Chief Medical Officer of Health. *Progress Against Cancer*. Toronto: Ontario Ministry of Health, 1994.
14. Addiction Research Foundation. *Preventing smoking: Tobacco control policies. Best Advice*. Toronto: Addiction Research Foundation, July 1995.
15. Ontario Task Force on the Primary Prevention of Cancer. *Recommendations for the Primary Prevention of Cancer*. Ontario Ministry of Health. Toronto: Queen's Printer for Ontario, March 1995.
16. Ontario Medical Association. *Position Paper on Second Hand Smoke*. Toronto: Population Health Committee, OMA, November 1996.
17. National Cancer Institute of Canada. *Canadian Cancer Statistics 1998*. Toronto: NCIC, 1998.
18. Ontario Tobacco Research Unit. *Monitoring the Ontario Tobacco Strategy: Progress Toward Our Goals, 1997/98*. Fourth Annual Monitoring Report. Toronto: OTRU, November 1998.
19. Adlaf EM, Ivis F, Smart RG. *The Ontario Student Drug Use Survey 1977-1997*. Toronto: Addiction Research Foundation, 1997.
20. Ashley MJ, Cohen J, Ferrence R, Bull S, Bondy S, Poland B, Pederson L. Smoking in the home: Changing attitudes and current practices. *American Journal of Public Health* 1998;88:797-800.
21. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000: Indirect Estimates from National Vital Statistics*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
22. Kluger R. *Ashes to Ashes: America's Hundred-Year Cigarette War, the Public Health and the Unabashed Triumph of Philip Morris*. New York: Alfred A. Knopf, 1996.
23. Glantz S, Slade J, Bero L, Hanauer P, Barnes DE. *The Cigarette Papers*. Berkeley: University of California Press, 1996.
24. Pollay RW. Hacks, flacks, and counter-attacks: Cigarette advertising, sponsored research, and controversies. *Journal of Social Issues* 1997;53:53-74.
25. O'Keefe AM, Pollay RW. Deadly targeting of women in promoting cigarettes. *Journal of the American Medical Women's Association* 1996;51:67-69.

26. Slade J, Bero LA, Hanauer P, Barnes DE, Glantz SA. Nicotine and addiction: The Brown and Williamson documents. *Journal of the American Medical Association* 1995;274:225-233.
27. Hurt RD, Channing RR. Prying open the door to the tobacco industry's secrets about nicotine: The Minnesota Tobacco Trial. *Journal of the American Medical Association* 1998;280:1173-1181.
28. Bero LA, Galbraith A, Rennie D. Sponsored symposia on environmental tobacco smoke. *Journal of the American Medical Association* 1994;271:612-617.
29. Glantz SA, Barnes DE, Bero L, Hanauer P, Slade J. Looking through a keyhole at the tobacco industry. The Brown and Williamson documents. *Journal of the American Medical Association* 1995;274:219-224.
30. Barnes DE, Hanauer P, Slade J, Bero L, Glantz SA. Environmental tobacco smoke: The Brown and Williamson documents. *Journal of the American Medical Association* 1995;274:248-253.
31. Bero L, Barnes DE, Hanauer P, Slade J, Glantz SA. Lawyer control of the tobacco industry's external research program. The Brown and Williamson documents. *Journal of the American Medical Association* 1995; 274:241-247.
32. Barnes DE, Bero L. Industry-funded research and conflict of interest: An analysis of research sponsored by the tobacco industry through the Center for Indoor Air Research. *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 1996;21:515-542.
33. Barnes DE, Bero LA. Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions. *Journal of the American Medical Association* 1998; 279:1566-70.
34. Concar D, Day M. Undercover operation: A tobacco industry memo describes a network of influential moles. *New Scientist* 1998; May 16:4.
35. Barnes DE, Bero LA. Scientific quality of original research articles on environmental tobacco smoke. *Tobacco Control* 1997; 6:19-26.
36. Smith GD, Phillips AN. Passive smoking and health: Should we believe Philip Morris's 'experts'? *British Medical Journal* 1996;313:929-33.
37. Harris, Michael D. Letter to Michael Perley, Director, Ontario Campaign for Action on Tobacco. Response to Questionnaire, Tobacco Control. Office of the Leader of the Opposition, Progressive Conservative Party of Ontario. Toronto, April 20, 1995.

38. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. *Sample State Comprehensive Tobacco Prevention and Control Budget Guideline Template*. Program and Funding Guidelines for Comprehensive Tobacco Control Programs. Atlanta: CDC, 1998.
39. Massachusetts Department of Public Health. *Independent Evaluation of the Massachusetts Tobacco Control Program*, Fourth Annual Report. Massachusetts: Abt Associates Inc., 1998.
40. Pierce JP, Gilpin EA, Emery SL, White MM, Rosbrook B, Berry CC, Farkas AJ. Has the California tobacco control program reduced smoking? *Journal of the American Medical Association* 1998;280:893-899.
41. Pizacani B, Mosbaek C, Hedberg K, Bley L, Stark M, Moore J, Fleming D. Decline in cigarette consumption following implementation of a comprehensive tobacco prevention and education program—Oregon. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1999; 48:140-143.
42. Ministry of Health. *The Ontario Tobacco Strategy Overview*. Toronto: Health Promotion Branch, October 15, 1993.
43. U.S. Department of Health and Human Services. *Strategies to Control Tobacco Use in the United States: A Blueprint for Public Health Action in the 1990's*. Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Publication No 92-3316.
44. Premier's Council on Health Strategy. Towards health outcomes. Goals 2 and 4: Objectives and targets. Toronto: Ontario Ministry of Health, 1991.
45. Townsend J. Policies to halve smoking deaths. *Addiction* 1993;88:43-52.
46. Glynn TJ, Greenwald P, Mills SM, Manley MW. Youth tobacco use in the United States - problems, progress, goals, and potential solutions. *Preventive Medicine* 1993;22:568-575.
47. U.S. Department of Health and Human Services. *Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General*. Public Health Service, Centres for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
48. Lynch BS, Bonnie RJ (Eds.). *Growing Up Tobacco Free: Preventing Nicotine Addiction in Children and Youths*. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press, 1994.

49. Reid DJ, McNeill AD, Glynn TJ. Reducing the prevalence of smoking in youth in Western countries: An international review. *Tobacco Control* 1995;4:266-277.
50. Manley M, Lynn W, Epps RP, Grande D, Glynn T, Shopland D. The American Stop Smoking Intervention Study for cancer prevention: an overview. *Tobacco Control* 1997;6(suppl 2):S5-S11.
51. Manley M, Pierce J, Gilpin, E, Rosbrook, B, Berry C, Wun L. Impact of the American Stop Smoking Intervention Study (ASSIST) on cigarette consumption. *Tobacco Control* 1997;6 (suppl 2):S12-S16.
52. U.S. Department of the Treasury. *The Economic Costs of Smoking in the United States and the Benefit of Comprehensive Tobacco Legislation*. Washington, D.C., March 1998.
53. Tobacco Education and Research Oversight Committee (TEROC). *Toward a Tobacco-Free California: Renewing the Commitment 1997-2000*. Report of the Tobacco Education and Research Oversight Committee, July 31, 1997.
54. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Office on Smoking and Health. Cigarette Smoking Before and After an Excise Tax Increase and an Antismoking Campaign - Massachusetts 1990-1996, *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1996;45: 967-970.
55. Pierce JP, Gilpin EA, Farkas AJ. Can strategies used by statewide tobacco control programs help smokers make progress on quitting? *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 1998;7:459-464.
56. Biener L, Aseltine RH, Cohen B, Anderka M. Reactions of adult and teenaged smokers to the Massachusetts tobacco tax. *American Journal of Public Health* 1998;88:1389-1391.
57. Borland R, Hill D. Initial impact of the new Australian tobacco health warnings on knowledge and beliefs. *Tobacco Control* 1997;6:317-325.
58. Borland R. Tobacco health warnings and smoking-related cognitions and behaviours. *Addiction* 1997;92:1427-1435.
59. Woodruff TJ, Rosbrook B, Pierce J, Glantz SA. Lower levels of cigarette consumption found in smoke-free workplaces in California. *Archives of Internal Medicine* 1993;153:1485-1493.
60. Kinne S, Kristal AR, White E, Junt J. Work-site smoking policies: Their population impact in Washington State. *American Journal of Public Health* 1993;83:1031-1033.

61. Patten CA, Gilpin E, Cavin SW, Pierce JP. Workplace smoking policy and changes in smoking behaviour in California: A suggested association. *Tobacco Control* 1995;4:36-41.
62. Longo DR, Brownson RC, Johnson JC, Hewett JE, Kruse RL, Novotny TE, Logan RA. Hospital smoking bans and employee smoking behaviour: Results of a national survey. *Journal of the American Medical Association* 1996;275:1252-1257.
63. Olive KE, Ballard JA. Changes in employee behaviour after implementation of restrictive smoking policies. *Southern Medical Journal* 1996;89:699-706.
64. Hu TW, Keeler TE, Barrett PG, Sung HY. The impact of California Proposition 99, a major anti-smoking law, on cigarette consumption. *Journal of Public Health Policy* 1994;15:26-36.
65. Hu TW, Sung HY, Keeler TE. Reducing cigarette consumption in California: Tobacco taxes vs. an antismoking media campaign. *American Journal of Public Health* 1995;85:1218-1222.
66. Townsend J. Price and the consumption of tobacco. *British Medical Bulletin* 1996;52:132-142.
67. Grossman M, Chaloupka FJ. Cigarette taxes: The straw to break the camel's back. *Public Health Reports* 1997;112:291-297.
68. Mummary WK, Hagan LC. Tobacco pricing, taxation, consumption and revenue: Alberta 1985-1995. *Canadian Journal of Public Health* 1996;87:4314-316.
69. Hamilton VH, Levinto C, St-Pierre Y, Grimard F. The effect of tobacco tax cuts on cigarette smoking in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 1997; 156:187-191.
70. Chaloupka FJ, Wechsler H. Price, tobacco control policies, and smoking among young adults. *Journal of Health Economics* 1997;16:359-373.
71. Stephens T, Pederson LL, Koval JJ, Kim C. The relationship of cigarette prices and no-smoking bylaws to the prevalence of smoking in Canada. *American Journal of Public Health* 1997;87:1519-1521.
72. Lewit EM, Hyland A, Kerrebrock N, Cummings KM. Price, public policy, and smoking in young people. *Tobacco Control* 1997;6:S17-S24.
73. Meier KJ, Licari MJ. The effect of cigarette taxes on cigarette consumption, 1955 through 1994. *American Journal of Public Health* 1997;87:1126-1130.

74. National Cancer Policy Board: Institute of Medicine and Commission on Life Sciences, National Research Council. *Taking Action to Reduce Tobacco Use*. Washington, D.C.: National Academic Press, 1998.
75. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups - United States, 1996-1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1998; 47:605-609.
76. Gregg BG, Cain C. Cigarette tax revenue soars. Lansing Bureau. *Detroit News*, February 11, 1999.
77. U.S. Department of Health and Human Services. Centres for Disease Control and Prevention. Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 43:RR-2 (Feb. 25, 1994): 1-18.
78. Flynn BS, Worden JK, Secker-Walker RH, Badger GJ, Geller BM, Costanza MC. Prevention of cigarette smoking through mass media intervention and school programs. *American Journal of Public Health* 1992;82: 827-834.
79. Flynn BS, Worden JK, Secker-Walker RH, Badger GJ, Geller BM. Cigarette smoking prevention effects of mass media and school interventions targeted to gender and age groups. *Journal of Health Education* 1995;26:S45-S51.
80. Flynn BS, Worden JK, Secker-Walker RH, Pirie PL, Badger GJ, Carpenter JH, Geller BM. Mass media and school interventions for cigarette smoking prevention: Effects 2 years after completion. *American Journal of Public Health* 1994; 84:1148-1150.
81. Worden JK, Flynn BS, Solomon LJ, Secker-Walker RH, Badger GJ, Carpenter JH. Using mass media to prevent cigarette smoking among adolescent girls. *Health Education Quarterly* 1996;23:453-468.
82. Goldman LK, Glantz SA. Evaluation of antismoking advertising campaigns. *Journal of the American Medical Association* 1998;279:772-777.
83. Siegel M. Mass media campaigns: A powerful tool for health promotion. *Annals of Internal Medicine* 1998;129:128-132.
84. Secker-Walker RH, Worden JK, Holland RR, Flynn BS, Detsky AS. A mass media programme to prevent smoking among adolescents: Costs and effectiveness. *Tobacco Control* 1997;6:207-212.
85. Stevens C. Designing an effective counteradvertising campaign - California. *Cancer* 1998;83:2736-2741.

86. Glynn TJ. Essential elements of school-based smoking prevention programs. *Journal of School Health* 1989;59:181-188.
87. Perry CL, Kelder SH, Murray DM, Klepp K I. Community-wide smoking prevention: Long-term outcomes of the Minnesota Heart Health Program and the Class of 1989 Study. *American Journal of Public Health* 1992;82:1210-1216.
88. d'Avernas JR, Northrup D, Foster MK, Burton D, Ferrence R, Pollard J, Rootman I, Flay BR. Cigarette packaging and event marketing increases the attractiveness of smoking: A study of youth. Ontario Tobacco Research Unit, Working Paper Series # 28, Toronto: OTRU, 1997.
89. Health Canada. *When Packages Can't Speak: Possible Impacts of Plain and Generic Packaging of Tobacco Products*. Expert Panel Report. Ottawa: Health Canada, March 1995.
90. Kozlowski LT, Goldberg ME, Yost BA, White EL, Sweeney CT, Pilliteri JL. Smokers' misperceptions of light and ultra-light cigarettes may keep them smoking. *American Journal of Preventive Medicine* 1998;15:9-16.
91. Kozlowski LT. Tar and nicotine delivery of cigarettes: What a difference a puff makes. *Journal of the American Medical Association* 1981;245:158-159.
92. Kozlowski LT, Rickert WS, Pope MA, Robinson JC, Frecker RC. Estimating the yield to smokers of tar, nicotine, and carbon monoxide from the "lowest-yield" ventilated filter cigarettes. *British Journal of the Addictions* 1982;77:159-165.
93. Kozlowski LT. Blocking the filter vents of cigarettes (letter). *Journal of the American Medical Association* 1986;256:3214.
94. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking, Nicotine Addiction*. A report of the Surgeon General. Rockville Maryland: Department of Health and Human Services, DHHS Publication No. (CDC)88-8406, 1988.
95. Djordjevic MV, Fan J, Ferguson S, Hoffman D. Self-regulation of smoking intensity: Smoke yields of low-nicotine, low 'tar' cigarettes. *Carcinogenesis* 1995;16:2015-2121.
96. Wyckham RG. Regulating the marketing of tobacco products and controlling smoking in Canada. *Canadian Journal of Administrative Studies* 1997;14:1414-165.
97. Richards JW, DiFranza JR, Fletcher C, Fischer PM. RJ Reynolds' 'Camel Cash': Another way to reach kids. *Tobacco Control* 1995;4:258-260.
98. Coeytaux RR, Altman DG, Slade J. Tobacco promotions in the hands of youth. *Tobacco Control* 1995;4:253-257.

98. Coeytaux RR, Altman DG, Slade J. Tobacco promotions in the hands of youth. *Tobacco Control* 1995;4:253-257.
99. Sweda EL, Daynard RA. Tobacco industry tactics. *British Medical Bulletin* 1996;52:183-192.
100. Arno PS, Brandt AM, Gostin LO, Morgan J. Tobacco industry strategies to oppose federal legislation. *Journal of the American Medical Association* 1996;275:1258-1262.
101. Forster JL, Murray DM, Wolfson M, Blaine TM, Wagenaar AC. The effects of community policies to reduce youth access to tobacco. *American Journal of Public Health* 1998;88:1193-1198.
102. Forster JL, Wolfson M. Youth access to tobacco: Policies and politics. *Annual Review of Public Health* 1998;19:203-235.
103. Gemson DH, Moats HL, Watkins BX, Ganz ML, Robinson S, Heaton E. Laying down the law: Reducing illegal tobacco to minors in central Harlem. *American Journal of Public Health* 1998;88:936-939.
104. Connolly GN. The marketing of nicotine addiction by one oral snuff manufacturer. *Tobacco Control* 1995;4:73-9.
105. Mosher JF. The merchants, not the customers: Resisting the alcohol and tobacco industries' strategy to blame young people for illegal alcohol and tobacco sales. *Journal of Public Health Policy* 1995;16:412-432.
106. U.S. Environmental Protection Agency. *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*. Bethesda: National Institutes of Health, National Cancer Institute. Smoking and Tobacco Control Monograph 4 (NIH publication 93-3605). August 1993.
107. California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment. *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke*. Final Report, Sacramento, 1997.
108. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control. DHHS Publication No. (CDC) 87-8398, 1986.
109. Mannino DM, Siegel M, Husten C, Rose D, Etzel R. Environmental tobacco smoke exposure and health effects in children: Results from the 1991 National Health Interview Survey. *Tobacco Control* 1996;5:13-18.

110. Mannino DM, Siegel M, Rose D, Nkuchia J, Etzel R. Environmental tobacco smoke exposure in the home and worksite and health effects in adults. Results from the 1991 National Health Survey. *Tobacco Control* 1997;6:296-305.
111. DiFranza JR, Lew RA. Morbidity and mortality in children associated with the use of tobacco products by other people. *Pediatrics* 1996;97:560-568.
112. Fontham ETH, Correa P, Reynolds P, Wu-Williams A, Buffer PA, Greenberg RS, Chen VW, Alterman T, Boyd P, Austin DF, Liff J. Environmental tobacco smoke and lung cancer in nonsmoking women: A multicenter study. *Journal of the American Medical Association* 1994;271:1752-1759.
113. Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *British Medical Journal* 1997;315:980-988.
114. Kawachi I, Colditz GA, Speizer FE, Manson JE, Stampfer MJ, Willett WC, Hennekens CH. A prospective study of passive smoking and coronary heart disease. *Circulation* 1997; 95:2374-2379.
115. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *British Medical Journal* 1997;315:973-980.
116. Wells AJ. Heart disease from passive smoking in the workplace. *Journal of the American College of Cardiology* 1998;31:1-9.
117. Eisner MD, Yelin EH, Henke J, Shiboski SC, Blane PD. Environmental tobacco smoke and adult asthma: The impact of changing exposure status on health outcomes. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 1998;158:170-175.
118. Adair-Bischoff CE, Sauve RS. Environmental tobacco smoke and middle ear disease in preschool-age children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 1998;152:127-133.
119. Strachan DP, Cook DG. Parental smoking, middle ear disease and adenotonsillectomy in children. *Thorax* 1998;53:50-56.
120. Mitchell EA, Ford RPK, Stewart AW, Taylor BJ, Becroft DMO, Thompson JMD, Scragg R, Hassall IB, Barry DMJ, Allen EM, Roberts AP. Smoking and the sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 1993;91:1893-1896.

121. Cohen-Klonoff HS, Edelstein SL, Lefkowitz ES, Srinivasan IP, Kaegi D, Chang JC, Wiley KJ. The effect of passive smoking and tobacco exposure through breast milk on sudden infant death syndrome. *Journal of the American Medical Association* 1995;273:795-798.
122. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: Review of the epidemiologic evidence. *Thorax* 1997;52:1003-1009.
123. Aligne CA, Stoddard JJ. Tobacco and children: An economic evaluation of the medical effects of parental smoking. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 1997;151:648-653.
124. Stoddard JJ, Gray B. Maternal smoking and medical expenditures for childhood respiratory illness. *American Journal of Public Health* 1997;87:205-209.
125. Samuels B, Glantz SA. The politics of local tobacco control. *Journal of the American Medical Association* 1991;266:2110-2117.
126. Traynor MP, Begay ME, Glantz SA. New tobacco industry strategy to prevent local tobacco control. *Journal of the American Medical Association* 1993;270:479-486.
127. Cardador MT, Hazan AR, Glantz SA. Tobacco industry smokers' rights publications: A content analysis. *American Journal of Public Health* 1995;85:1212-1217.
128. Glantz SA, Smith LRA. The effect of ordinances requiring smoke-free restaurants on restaurant sales. *American Journal of Public Health* 1994;84:1081-1085.
129. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Assessment of the impact of a 100% smoke-free ordinance on restaurant sales: West Lake Hills, Texas, 1992-1994. *Mortality and Morbidity Weekly Report* 1995; 44:370-372.
130. Sciacca JP. A mandatory smoking ban in restaurants: Concerns versus experiences. *Journal of Community Health* 1996;21:133-150.
131. The Conference Board of Canada. The economics of smoke-free restaurants. Report from the Canadian Tourism Research Institute and the Custom Economic Services Group. Ottawa: Conference Board of Canada, 1996.
132. Sciacca JP, Ratliff MI. Prohibiting smoking in restaurants: Effects on restaurant sales. *American Journal of Health Promotion* 1998;12:176-184.
133. Glantz SA, Smith LRA. The effect of ordinances requiring smoke-free restaurants and bars on revenues: A follow-up. *American Journal of Public Health* 1997;87:1687-1693.

134. Goldstein AO, Sobel RA. Environmental tobacco smoke regulations have not hurt restaurant sales in North Carolina. *North Carolina Medical Journal* 1998;59:264-268.
135. Siegel M. Involuntary smoking in the restaurant workplace: A review of employee exposure and health effects. *Journal of the American Medical Association* 1993; 270:490-493.
136. Dimich-Ward H, Gee H, Brauer M, Leung V. Analysis of nicotine and cotinine in the hair of hospitality workers exposed to environmental tobacco smoke. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 1997;39:946-948.
137. Trout D, Decker J, Mueller C, Bernert JT, Pirkle J. Exposure of casino employees to environmental tobacco smoke. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 1998;40:270-276.
138. Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *Journal of the American Medical Association* 1998;280:1909-1914.
139. Ashley MJ, Cohen J, Bull S, Ferrence R, Poland B, Pederson L, Gao J. Knowledge about tobacco and attitudes toward tobacco control: How different are smokers and nonsmokers? Ontario Tobacco Research Unit, Working Paper Series # 43, Toronto: OTRU, February 1999.
140. Health Canada. Survey on Smoking in Canada. Cycle 1. Fact Sheet No. 9. Profile of Quitters. Ottawa: Health Canada, August 1994.
141. Health Canada. Smoking Behaviour of Canadians. National Population Health Survey, Cycle 2, 1996/97. Overview of Results. Fact Sheet No. 1. Ottawa: Cancer Bureau, Laboratory Centre for Disease Control, January 1999.
142. Popham WJ, Potter LD, Bal DG, Johnson MD, Duerr JM, Quinn V. Do anti-smoking media campaign help smokers quit? *Public Health Reports* 1993;108:510-513.
143. Korhonen T, Uutela A, Korhonen HJ, Puska P. Impact of mass media and interpersonal health communication on smoking cessation attempts: A study in North Karelia, 1989-1996. *Journal of Health Communication* 1998;3:105-118.
144. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Benefits of Smoking Cessation*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416, 1990.

145. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, and the Smoking Cessation Clinical Practice Guideline Panel and Staff. *Smoking Cessation*. Clinical Practice Guideline No. 18. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No. 96-0692. April 1996. (Also published in the *Journal of the American Medical Association* 1996;275:1270-1280.)
146. Fiore MC, Jorenby DE. Smoking cessation: Principles and practice based upon the AHCPR Guideline, 1996. *Annals of Behavioral Medicine* 1997;19:213-219.
147. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *Journal of the American Medical Association* 1997;278:1759-1766.
148. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost effectiveness of counseling smokers to quit. *Journal of the American Medical Association* 1989;261:75-79.
149. Law M, Tang JL. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Archives of Internal Medicine* 1995;155:1933-1941.
150. Platt, S, Tannahill A, Watson J, Fraser, E. Effectiveness of antismoking telephone advice helpline: A follow-up survey. *British Medical Journal* 1997;314:1371-1375.
151. Ramelson HZ, Friedman RH, Ockene JK. An automated telephone-based smoking cessation education and counseling system. *Patient Education and Counseling* 1998 (in press).
152. Friedman RH, Stollerman JE, Mahoney DM, Rosenblyum L. The virtual visit: Using telecommunications technology to take care of patients. *Journal of the American Medical Informatics Association* 1997;4:413-425.
153. Velicer WF, Prochaska JO. An expert system intervention for smoking cessation. *Patient Education and Counseling* (in press).
154. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 1994;271:1940-1947.
155. Fiscella K, Franks P. Cost effectiveness of the transdermal nicotine patch as an adjunct to physician's smoking cessation counselling. *Journal of the American Medical Association*. 1996;275:1247-1251.
156. Wasley MA, McNagny SE, Phillips VL, Ahluwalia JS. The cost-effectiveness of the nicotine transdermal patch for smoking cessation. *Preventive Medicine* 1997;26:264-270.

157. Blondal T, Franzon M, Westin A. A double-blind study randomized trial of nicotine spray as an aid in smoking cessation. *European Respiratory Journal* 1997;10:1585-1590.
158. Hughes JR, Goldstein MG, Hurt RD, Shiffman S. Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. *Journal of the American Medical Association* 1999;281:72-76.
159. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP, Johnson A, Lowell CD, Khayrallah MA, Schroeder DR, Glover PN, Sullivan R, Crogan IT, Sullivan PM. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *The New England Journal of Medicine* 1997;337:1195-1202.
160. Begay ME, Traynor M, Glantz SA. The tobacco industry, state politics, and tobacco education in California. *American Journal of Public Health* 1993;83:1214-1221.
161. Ferrence RG. *Deadly Fashion: The Rise and Fall of Cigarette Smoking in North America*. New York: Garland Press, 1990.
162. Russell CM. Evaluation: Methods and strategy for evaluation - California. *Cancer* 1998;83:2755-2759.
163. Celebucki C, Biener L, Koh HK. Evaluation: Methods and strategy for evaluation - Massachusetts. *Cancer* 1998;83:2760-2765.
164. University of California. Tobacco-Related Disease Research Program. *Annual Report of the State of California Legislature, 1997*. Office of the President and the Office of Health Affairs. Oakland.
165. Garcia J. Personal communication.

APPENDIX: THE WORK OF THE EXPERT PANEL

THE WORK OF THE EXPERT PANEL

Appointment of the Expert Panel

In order to strengthen and confirm Ontario's commitment to tobacco use reduction, in December 1998, the Minister of Health appointed an advisory panel of experts in the fields of epidemiology, public health, the social sciences and medicine to recommend steps that Ontario can take to achieve more effective tobacco control results.

Terms of Reference:

To advise the Minister of Health on strategic revisions to the Ontario Tobacco Strategy (OTS), and to identify and recommend new approaches to tobacco use reduction.

Expert Panel activities include the following:

1. Review the objectives and targets of the Ontario Tobacco Strategy (OTS) to recommend change based on relevant epidemiological reports, measures of health behaviour outcomes, and other ministry policies and programs.
2. Review and identify the programmatic, legislative and economic components of the OTS that may require change to reflect current innovative and evidence-based solutions in tobacco use prevention, cessation and protection.
3. Enhance the capacity of the OTS to address issues and concerns raised by experts and health practitioners in tobacco use reduction as it relates to children and youth.
4. Recommend options for an implementation plan which includes but is not limited to the assessment of the present OTS infrastructure to determine if it is client-focused (smokers, non-smokers, and those living with smokers), promotes collaboration among health service provider(s), volunteer(s), family(ies), and community(ies).
5. Review and recommend a protocol for monitoring and evaluating the progress of the OTS including outcome measures. This will include but not be restricted to monitoring the enforcement of the *Tobacco Control Act*.

The Review Process

The Expert Panel met once in December to establish the process and five times during the months of January and February 1999, to review the original objectives and targets of the OTS and to formulate recommendations for the Strategy's renewal. Drafts of various sections of the report were prepared by Panel members and circulated for discussion.

Revisions occurred and the final recommendations were endorsed by all members of the Panel.

During the course of the Panel's deliberations, guests with economic, policy and programming expertise were invited to make presentations. The information received was very helpful in formulating specific recommendations and a framework for successful implementation.

Staff of the Ministry of Health attended the Panel's meetings in a resource capacity and were invited to provide input into the discussions. However, the recommendations are the sole responsibility of the Panel, itself.

EXPERT PANEL MEMBERS

Mary Jane Ashley, MD, Chair
Professor
Department of Public Health Sciences
University of Toronto

Roberta Ferrence, PhD
Director
Ontario Tobacco Research Unit

Ted Boadway, MD
Executive Director, Health Policy
Ontario Medical Association

Andrew Pipe, MD
Medical Director
Smoking Cessation Clinic
University of Ottawa Heart Institute

Roy Cameron, PhD
Professor
Department of Health Studies and
Gerontology
University of Waterloo

Richard Schabas, MD
Head, Division of Preventive Oncology
Cancer Care Ontario

Josie d'Avernas, MSc
Senior Consultant
Program Training and Consultation
Centre

Penny Thomsen, BPE
Executive Director
Canadian Cancer Society
—Ontario Division

LES MEMBRES DU COMITÉ D'EXPERTS

Tout au long de ses délibérations, le Comité d'experts a invité des personnes possédant des connaissances particulières en matière d'économie et en matière d'élaboration et d'exécution de politiques et de programmes à lui faire des présentations. Les conseils obtenus de ces personnes lui ont été très utiles dans la formulation de certaines recommandations et la conception d'un cadre de mise en œuvre.

Le Comité d'experts a par ailleurs invité les représentantes et représentants du ministère de la Santé qui participaient à ses réunions en qualité de personnes-ressources à contribuer aux discussions. Ceci étant dit, les membres du Comité d'experts sont seuls responsables des recommandations formulées dans le présent rapport.

Mary Jane Ashley, M. D., présidente

Professeure,
Department of Public Health Sciences
University of Toronto

Ted Boadway, M. D.

Directeur général,
Politiques en matière de santé
Ontario Medical Association

Roy Cameron, Ph. D.

Professeur,
Department of Health Studies and
Gerontology
University of Waterloo

Josie d'Avernas, M. Sc.

Conseillère principale,
Centre de formation et de consultation

Penny Thomsen, BPE

Directrice générale,
Société canadienne du cancer
- Division de l'Ontario

Richard Schabas, M. D.

Chef,
Division d'oncologie préventive
Action cancer Ontario

d'Ottawa

Andrew Pipe, M. D.
Directeur médical
Programme d'abandon du tabac
Institut de cardiologie de l'Université

Roberta Ferrence, Ph. D.
Directrice
Unité de recherche sur le tabac de
l'Ontario

LE COMITÉ D'EXPERTS

La constitution du Comité d'experts

En décembre 1998, la ministre de la Santé, soucieuse de souligner la détermination du gouvernement à mettre un frein à l'usage du tabac, a constitué un comité formé d'experts en épidémiologie, santé publique, sciences sociales et médecine, qu'elle a chargé de lui recommander des moyens d'améliorer les résultats de la lutte contre le tabagisme en Ontario.

Mandat

Conseiller la ministre de la Santé à propos d'une relance optimale de la Stratégie antitabac de l'Ontario (SATO) et lui recommander de nouveaux moyens de réduire l'usage du tabac.

Les fonctions du Comité d'experts étaient les suivantes :

1. Revoir les objectifs précis et les buts spécifiques de la Stratégie antitabac de l'Ontario (SATO) et recommander les changements à y apporter, s'il y avait lieu, compte tenu des rapports épidémiologiques pertinents, des mesures des effets des comportements des Ontariennes et des Ontariens sur leur santé et de divers programmes et politiques du ministère de la Santé.
2. Cerner et examiner les éléments de la SATO relatifs aux programmes, aux mesures législatives et aux incidences économiques du tabagisme ou des mesures antitabac qu'il y aurait lieu de modifier à la lumière des innovations et des solutions nouvellement éprouvées concernant la prévention du tabagisme, la renonciation au tabac et la protection contre la fumée secondaire.
3. Renforcer la capacité de la SATO de prendre des mesures à l'égard des problèmes soulevés par des professionnels de la santé et des experts en réduction de l'usage du tabac par les enfants et les adolescents.
4. Recommander plusieurs possibilités de plan de mise en œuvre incluant, mais sans s'y limiter, l'évaluation de l'infrastructure actuelle de la SATO, afin de déterminer si elle est axée sur la clientèle (les personnes qui ne fument pas, les personnes qui fument et les personnes qui habitent sous le même toit que quelqu'un qui fume) et si elle favorise la collaboration entre les fournisseurs de services et les bénévoles du système de santé, les familles et les collectivités.
5. Étudier et recommander un protocole de suivi et d'évaluation des progrès accomplis grâce à la SATO, notamment grâce à des mesures de ses résultats et des moyens de surveillance de l'exécution de la Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac.

L'exécution du mandat

Le Comité d'experts s'est réuni une première fois en décembre pour s'entendre sur ses méthodes de travail, puis cinq fois en janvier et en février 1999, afin de revoir les objectifs précis et les buts spécifiques de la SATO et de recommander les changements à y apporter. Plusieurs membres du Comité ont ébauché les différentes sections de son rapport à la ministre, qui ont été distribuées à des fins de discussion. Après modification des premières ébauches, les membres du Comité d'experts ont approuvé les recommandations finales à l'unanimité.

ANNEXE : LE COMITÉ D'EXPERTS

163. Celebucki C, Bienert L, Koh HK. Evaluation: Methods and strategy for evaluation - Massachusetts. *Cancer* 1998;83:2760-2765.
164. University of California. Tobacco-Related Disease Research Program. *Annual Report of the State of California Legislature, 1997*. Office of the President and the Office of Health Affairs. Oakland.
165. Garcia J. Communication personnelle.

151. Rameison HZ, Friedman RH, Ockene JK. An automated telephone-based smoking cessation education and counseling system. *Patient Education and Counseling* 1998 (in press).
152. Friedman RH, Stollerman JE, Mahoney DM, Rosenblyum L. The virtual visit: Using telecommunications technology to take care of patients. *Journal of the American Medical Informatics Association* 1997;4:413-425.
153. Velicer WF, Prochaska JO. An expert system intervention for smoking cessation. *Patient Education and Counseling* (in press).
154. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 1994;271:1940-1947.
155. Fiscella K, Franks P. Cost effectiveness of the transdermal nicotine patch as an adjunct to physician's smoking cessation counselling. *Journal of the American Medical Association*. 1996;275:1247-1251.
156. Wasley MA, McNagny SE, Phillips VL, Ahluwalia JS. The cost-effectiveness of the nicotine transdermal patch for smoking cessation. *Preventive Medicine* 1997;26:264-270.
157. Blondal T, Franzon M, Westin A. A double-blind study randomized trial of nicotine spray as an aid in smoking cessation. *European Respiratory Journal* 1997;10:1585-1590.
158. Hughes JR, Goldstein MG, Hurt RD, Shiffman S. Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. *Journal of the American Medical Association* 1999;281:72-76.
159. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP, Johnson A, Lowell CD, Khaytrallah MA, Schroeder DR, Glover PN, Sullivan IT, Crogan R, Sullivan PM. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *The New England Journal of Medicine* 1997;337:1195-1202.
160. Begay ME, Traynor M, Glantz SA. The tobacco industry, state politics, and tobacco education in California. *American Journal of Public Health* 1993;83:1214-1221.
161. Ferrence RG. *Deadly Fashion: The Rise and Fall of Cigarette Smoking in North America*. New York: Garland Press, 1990.
162. Russell CM. Evaluation: Methods and strategy for evaluation - California. *Cancer* 1998;83:2755-2759.

140. Santé Canada. Enquête nationale sur le tabagisme au Canada. Quartier 1 [sic]. Fiche de renseignements n° 9. Profil de ceux qui renoncent au tabagisme. Ottawa : Santé Canada, août 1994.
141. Santé Canada. Le tabagisme au Canada. Enquête nationale sur la santé de la population, cycle 2, 1996-1997. Faits saillants. Fiche d'information n° 1. Ottawa : Bureau du cancer, Laboratoire de lutte contre la maladie, janvier 1999.
142. Popham WJ, Potter LD, Bal DG, Johnson MD, Duerr JM, Quinn V. Do anti-smoking media campaign help smokers quit? *Public Health Reports* 1993;108:510-513.
143. Korhonen T, Uutela A, Korhonen HJ, Puska P. Impact of mass media and interpersonal health communication on smoking cessation attempts: A study in North Karelia, 1989-1996. *Journal of Health Communication* 1998;3:105-118.
144. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Benefits of Smoking Cessation*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416, 1990.
145. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, and the Smoking Cessation Clinical Practice Guideline Panel and Staff. *Smoking Cessation*. Clinical Practice Guideline No. 18. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No. 96-0692. April 1996. (Also published in the *Journal of the American Medical Association* 1996;275:1270-1280.)
146. Fiore MC, Jorenby DE. Smoking cessation: Principles and practice based upon the AHCPR Guideline, 1996. *Annals of Behavioral Medicine* 1997;19:213-219.
147. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *Journal of the American Medical Association* 1997;278:1759-1766.
148. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost effectiveness of counseling smokers to quit. *Journal of the American Medical Association* 1989;261:75-79.
149. Law M, Tang JL. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Archives of Internal Medicine* 1995;155:1933-1941.
150. Platt, S, Tannahill A, Watson J, Fraser, E. Effectiveness of antismoking telephone advice helpline: A follow-up survey. *British Medical Journal* 1997;314:1371-1375.

129. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Assessment of the impact of a 100% smoke-free ordinance on restaurant sales: West Lake Hills, Texas, 1992-1994. *Mortality and Morbidity Weekly Report* 1995; 44:370-372.
130. Sciaccia JP. A mandatory smoking ban in restaurants: Concerns versus experiences. *Journal of Community Health* 1996;21:133-150.
131. The Conference Board of Canada. The economics of smoke-free restaurants. Report from the Canadian Tourism Research Institute and the Custom Economic Services Group. Ottawa: Conference Board of Canada, 1996.
132. Sciaccia JP, Ratliff MI. Prohibiting smoking in restaurants: Effects on restaurant sales. *American Journal of Health Promotion* 1998;12:176-184.
133. Glantz SA, Smith LRA. The effect of ordinances requiring smoke-free restaurants and bars on revenues: A follow-up. *American Journal of Public Health* 1997;87:1687-1693.
134. Goldstein AO, Sobel RA. Environmental tobacco smoke regulations have not hurt restaurant sales in North Carolina. *North Carolina Medical Journal* 1998;59:264-268.
135. Siegel M. Involuntary smoking in the restaurant workplace: A review of employee exposure and health effects. *Journal of the American Medical Association* 1993; 270:490-493.
136. Dimich-Ward H, Gee H, Brauer M, Leung V. Analysis of nicotine and cotinine in the hair of hospitality workers exposed to environmental tobacco smoke. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 1997;39:946-948.
137. Trout D, Decker J, Mueller J, Bernert C, Bernert JT, Pirkle J. Exposure of casino employees to environmental tobacco smoke. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 1998;40:270-276.
138. Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *Journal of the American Medical Association* 1998;280:1909-1914.
139. Ashley MJ, Cohen J, Bull S, Ferrence R, Poland B, Pederson L, Gao J. Knowledge about tobacco and attitudes toward tobacco control: How different are smokers and nonsmokers? Ontario Tobacco Research Unit/Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, Working Paper Series # 43, Toronto: OTRU, February 1999.

117. Eisner MD, Yelin EH, Henke J, Shibuski SC, Blane PD. Environmental tobacco smoke and adult asthma: The impact of changing exposure status on health outcomes. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 1998;158:170-175.
118. Adair-Bischoff CE, Sauve RS. Environmental tobacco smoke and middle ear disease in preschool-age children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 1998;152:127-133.
119. Strachan DP, Cook DG. Parental smoking, middle ear disease and adenotonsillectomy in children. *Thorax* 1998;53:50-56.
120. Mitchell EA, Ford RPK, Stewart AW, Taylor BJ, Bectroft DMO, Thompson JMD, Scragg R, Hassall IB, Barry DMJ, Allen EM, Roberts AP. Smoking and the sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 1993;91:1893-1896.
121. Cohen-Klionoff HS, Edelstein SL, Lefkowitz ES, Srinivasan IP, Kaegi D, Chang JC, Wiley KJ. The effect of passive smoking and tobacco exposure through breast milk on sudden infant death syndrome. *Journal of the American Medical Association* 1995;273:795-798.
122. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: Review of the epidemiologic evidence. *Thorax* 1997;52:1003-1009.
123. Aligne CA, Stoddard JJ. Tobacco and children: An economic evaluation of the medical effects of parental smoking. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 1997;151:648-653.
124. Stoddard JJ, Gray B. Maternal smoking and medical expenditures for childhood respiratory illness. *American Journal of Public Health* 1997;87:205-209.
125. Samuels B, Glantz SA. The politics of local tobacco control. *Journal of the American Medical Association* 1991;266:2110-2117.
126. Traynor MP, Begay ME, Glantz SA. New tobacco industry strategy to prevent local tobacco control. *Journal of the American Medical Association* 1993;270:479-486.
127. Cardador MT, Hazan AR, Glantz SA. Tobacco industry smokers' rights publications: A content analysis. *American Journal of Public Health* 1995;85:1212-1217.
128. Glantz SA, Smith LRA. The effect of ordinances requiring smoke-free restaurants on restaurant sales. *American Journal of Public Health* 1994;84:1081-1085.

106. U.S. Environmental Protection Agency. *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*. Bethesda: National Institutes of Health, National Cancer Institute. Smoking and Tobacco Control Monograph 4 (NIH publication 93-3605). August 1993.
107. California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment. *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke*. Final Report, Sacramento, 1997.
108. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control. DHHS Publication No. (CDC) 87-8398, 1986.
109. Mannino DM, Siegel M, Husten C, Rose D, Etzel R. Environmental tobacco smoke exposure and health effects in children: Results from the 1991 National Health Interview Survey. *Tobacco Control* 1996;5:13-18.
110. Mannino DM, Siegel M, Rose D, Nkuchia J, Etzel R. Environmental tobacco smoke exposure in the home and worksite and health effects in adults. Results from the 1991 National Health Survey. *Tobacco Control* 1997;6:296-305.
111. DiFranza JR, Lew RA. Morbidity and mortality in children associated with the use of tobacco products by other people. *Pediatrics* 1996;97:560-568.
112. Fontana ETH, Correa P, Reynolds P, Wu-Williams A, Butler PA, Greenberg RS, Chen VW, Alterman T, Boyd P, Austin DF, Liff J. Environmental tobacco smoke and lung cancer in nonsmoking women: A multicenter study. *Journal of the American Medical Association* 1994;271:1752-1759.
113. Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *British Medical Journal* 1997;315:980-988.
114. Kawachi I, Colditz GA, Speizer FE, Manson JE, Stampfer MJ, Willett WC, Hennekens CH. A prospective study of passive smoking and coronary heart disease. *Circulation* 1997;95:2374-2379.
115. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *British Medical Journal* 1997;315:973-980.
116. Wells AJ. Heart disease from passive smoking in the workplace. *Journal of the American College of Cardiology* 1998;31:1-9.

94. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking, Nicotine Addiction*. A report of the Surgeon General. Rockville Maryland: Department of Health and Human Services, DHHS Publication No. (CDC)88-8406, 1988.
95. Djordjevic MV, Fan J, Ferguson S, Hoffman D. Self-regulation of smoking intensity: Smoke yields of low-nicotine, low 'tar' cigarettes. *Carcinogenesis* 1995;16:2015-2121.
96. Wyckham RG. Regulating the marketing of tobacco products and controlling smoking in Canada. *Canadian Journal of Administrative Studies* 1997;14:1414-165.
97. Richards JW, DiFranza JR, Fletcher C, Fischer PM. RJ Reynolds' 'Camel Cash': Another way to reach kids. *Tobacco Control* 1995;4:258-260.
98. Coeytaux RR, Altman DG, Slade J. Tobacco promotions in the hands of youth. *Tobacco Control* 1995;4:253-257.
99. Sweda EL, Daynard RA. Tobacco industry tactics. *British Medical Bulletin* 1996;52:183-192.
100. Arno PS, Brandt AM, Gostin LO, Morgan J. Tobacco industry strategies to oppose federal legislation. *Journal of the American Medical Association* 1996;275:1258-1262.
101. Forster JL, Murray DM, Wolfson M, Blaine TM, Wagenaar AC. The effects of community policies to reduce youth access to tobacco. *American Journal of Public Health* 1998;88:1193-1198.
102. Forster JL, Wolfson M. Youth access to tobacco: Policies and politics. *Annual Review of Public Health* 1998;19:203-235.
103. Gemson DH, Moats HL, Watkins BX, Ganz ML, Robinson S, Heaton E. Laying down the law: Reducing illegal tobacco to minors in central Harlem. *American Journal of Public Health* 1998;88:936-939.
104. Connolly GN. The marketing of nicotine addiction by one oral snuff manufacturer. *Tobacco Control* 1995;4:73-9.
105. Mosher JF. The merchants, not the customers: Resisting the alcohol and tobacco industries' strategy to blame young people for illegal alcohol and tobacco sales. *Journal of Public Health Policy* 1995;16:412-432.

82. Goldman LK, Glantz SA. Evaluation of antismoking advertising campaigns. *Journal of the American Medical Association* 1998;279:772-777.
83. Siegel M. Mass media campaigns: A powerful tool for health promotion. *Annals of Internal Medicine* 1998;129:128-132.
84. Secker-Walker RH, Worden JK, Holland RR, Flynn BS, Detky AS. A mass media programme to prevent smoking among adolescents: Costs and effectiveness. *Tobacco Control* 1997;6:207-212.
85. Stevens C. Designing an effective counteradvertising campaign - California. *Cancer* 1998;83:2736-2741.
86. Glynn TJ. Essential elements of school-based smoking prevention programs. *Journal of School Health* 1989;59:181-188.
87. Perry CL, Kelder SH, Murray DM, Klepp K I. Community-wide smoking prevention: Long-term outcomes of the Minnesota Heart Health Program and the Class of 1989 Study. *American Journal of Public Health* 1992;82:1210-1216.
88. d'Avernas JR, Northrup D, Foster MK, Burton D, Ferrence R, Pollard J, Rootman I, Flay BR. Cigarette packaging and event marketing increases the attractiveness of smoking: A study of youth. Ontario Tobacco Research Unit/Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, Working Paper Series # 28, Toronto : OTRU, 1997.
89. Santé Canada. *Lorsque les emballages ne s'expriment plus : effets possibles de l'emballage neutre et générique des produits du tabac : rapport du comité d'experts* / présentée à la demande de Santé Canada. -- [Ottawa] : Santé Canada, 1995.
90. Kozlowski LT, Goldberg ME, Yost BA, White EL, Sweeney CT, Pillitteri JL. Smokers' misperceptions of light and ultra-light cigarettes may keep them smoking. *American Journal of Preventive Medicine* 1998;15:9-16.
91. Kozlowski LT. Tar and nicotine delivery of cigarettes: What a difference a puff makes. *Journal of the American Medical Association* 1981;245:158-159.
92. Kozlowski LT, Rickett WS, Pope MA, Robinson JC, Frecker RC. Estimating the yield to smokers of tar, nicotine, and carbon monoxide from the "lowest-yield" ventilated filter cigarettes. *British Journal of the Addictions* 1982;77:159-165.
93. Kozlowski LT. Blocking the filter vents of cigarettes (letter). *Journal of the American Medical Association* 1986;256:3214.

71. Stephens T, Pederson LL, Koval JJ, Kim C. The relationship of cigarette prices and no-smoking bylaws to the prevalence of smoking in Canada. *American Journal of Public Health* 1997;87:1519-1521.
72. Lewit EM, Hyland A, Kerrebrock N, Cummings KM. Price, public policy, and smoking in young people. *Tobacco Control* 1997;6:S17-S24.
73. Meier KJ, Licari MJ. The effect of cigarette taxes on cigarette consumption, 1955 through 1994. *American Journal of Public Health* 1997;87:1126-1130.
74. National Cancer Policy Board: Institute of Medicine and Commission on Life Sciences, National Research Council. *Taking Action to Reduce Tobacco Use*. Washington, D.C.: National Academic Press, 1998.
75. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups - United States, 1996-1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1998; 47:605-609.
76. Gregg BG, Cain C. Cigarette tax revenue soars. *Lansing Bureau. Detroit News*, February 11, 1999.
77. U.S. Department of Health and Human Services. Centres for Disease Control and Prevention. Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 43:RR-2 (Feb. 25, 1994): 1-18.
78. Flynn BS, Worden JK, Secker-Walker RH, Badger GJ, Geller BM, Costanza MC. Prevention of cigarette smoking through mass media intervention and school programs. *American Journal of Public Health* 1992;82: 827-834.
79. Flynn BS, Worden JK, Secker-Walker RH, Badger GJ, Geller BM. Cigarette smoking prevention effects of mass media and school interventions targeted to gender and age groups. *Journal of Health Education* 1995;26:S45-S51.
80. Flynn BS, Worden JK, Secker-Walker RH, Pirie PL, Badger GJ, Carpenter JH, Geller BM. Mass media and school interventions for cigarette smoking prevention: Effects 2 years after completion. *American Journal of Public Health* 1994; 84:1148-1150.
81. Worden JK, Flynn BS, Solomon LJ, Secker-Walker RH, Badger GJ, Carpenter JH. Using mass media to prevent cigarette smoking among adolescent girls. *Health Education Quarterly* 1996;23:453-468.

59. Woodruff TJ, Rosbrook B, Pierce J, Glantz SA. Lower levels of cigarette consumption found in smoke-free workplaces in California. *Archives of Internal Medicine* 1993;153:1485-1493.
60. Kinne S, Kristal AR, White E, Junt J. Work-site smoking policies: Their population impact in Washington State. *American Journal of Public Health* 1993;83:1031-1033.
61. Patten CA, Gilpin E, Cavin SW, Pierce JP. Workplace smoking policy and changes in smoking behaviour in California: A suggested association. *Tobacco Control* 1995;4:36-41.
62. Longo DR, Brownson RC, Johnson JC, Hewett JE, Kruse RL, Novotny TE, Logan RA. Hospital smoking bans and employee smoking behaviour: Results of a national survey. *Journal of the American Medical Association* 1996;275:1252-1257.
63. Olive KE, Ballard JA. Changes in employee behaviour after implementation of restrictive smoking policies. *Southern Medical Journal* 1996;89:699-706.
64. Hu TW, Keeler TE, Barrett PG, Sung HY. The impact of California Proposition 99, a major anti-smoking law, on cigarette consumption. *Journal of Public Health Policy* 1994;15:26-36.
65. Hu TW, Sung HY, Keeler TE. Reducing cigarette consumption in California: Tobacco taxes vs. an antismoking media campaign. *American Journal of Public Health* 1995;85:1218-1222.
66. Townsend J. Price and the consumption of tobacco. *British Medical Bulletin* 1996;52:132-142.
67. Grossman M, Chaloupka FJ. Cigarette taxes: The straw to break the camel's back. *Public Health Reports* 1997;112:291-297.
68. Mummery WK, Hagan LC. Tobacco pricing, taxation, consumption and revenue: Alberta 1985-1995. *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique* 1996;87:4314-316.
69. Hamilton VH, Levinto C, St-Pierre Y, Grimard F. The effect of tobacco tax cuts on cigarette smoking in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1997;156:187-191.
70. Chaloupka FJ, Wechsler H. Price, tobacco control policies, and smoking among young adults. *Journal of Health Economics* 1997;16:359-373.

48. Lynch BS, Bonnie RJ (Eds.). *Growing Up Tobacco Free: Preventing Nicotine Addiction in Children and Youths*. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press, 1994.
49. Reid DJ, McNeill AD, Glynn TJ. Reducing the prevalence of smoking in youth in Western countries: An international review. *Tobacco Control* 1995;4:266-277.
50. Manley M, Lynn W, Epps RP, Grande D, Glynn T, Shopland D. The American Stop Smoking Intervention Study for cancer prevention: an overview. *Tobacco Control* 1997;6(suppl 2):S5-S11.
51. Manley M, Pierce J, Gilpin, E, Rosbrook, B, Berry C, Wun L. Impact of the American Stop Smoking Intervention Study (ASSIST) on cigarette consumption. *Tobacco Control* 1997;6 (suppl 2):S12-S16.
52. U.S. Department of the Treasury. *The Economic Costs of Smoking in the United States and the Benefit of Comprehensive Tobacco Legislation*. Washington, D.C., March 1998.
53. Tobacco Education and Research Oversight Committee (TEROC). *Toward a Tobacco-Free California: Renewing the Commitment 1997-2000*. Report of the Tobacco Education and Research Oversight Committee, July 31, 1997.
54. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Office on Smoking and Health. Cigarette Smoking Before and After an Excise Tax Increase and an Antismoking Campaign - Massachusetts 1990-1996, *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1996;45: 967-970.
55. Pierce JP, Gilpin EA, Farkas AJ. Can strategies used by statewide tobacco control programs help smokers make progress on quitting? *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 1998;7:459-464.
56. Bienert L, Aseltine RH, Cohen B, Anderka M. Reactions of adult and teenaged smokers to the Massachusetts tobacco tax. *American Journal of Public Health* 1998;88:1389-1391.
57. Borland R, Hill D. Initial impact of the new Australian tobacco health warnings on knowledge and beliefs. *Tobacco Control* 1997;6:317-325.
58. Borland R. Tobacco health warnings and smoking-related cognitions and behaviours. *Addiction* 1997;92:1427-1435.

37. Harris, Michael D. Lettre à Michael Perley, directeur de la Campagne ontarienne d'action contre le tabac en réponse à un questionnaire sur la lutte contre le tabagisme. Bureau du chef de l'Opposition, Parti progressiste-conservateur de l'Ontario. Toronto, 20 avril 1995.
38. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. *Sample State Comprehensive Tobacco Prevention and Control Budget Guideline Template*. Program and Funding Guidelines for Comprehensive Tobacco Control Programs. Atlanta: CDC, 1998.
39. Massachusetts Department of Public Health. *Independent Evaluation of the Massachusetts Tobacco Control Program*, Fourth Annual Report. Massachusetts: Abt Associates Inc., 1998.
40. Pierce JP, Gilpin EA, Emery SL, White MM, Rosbrook B, Berry CC, Farkas AJ. Has the California tobacco control program reduced smoking? *Journal of the American Medical Association* 1998;280:893-899.
41. Pizacani B, Mosback C, Hedberg K, Bley L, Stark M, Moore J, Fleming D. Decline in cigarette consumption following implementation of a comprehensive tobacco prevention and education program—Oregon. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1999; 48:140-143.
42. Ministère de la Santé. *Stratégie anti-tabac de l'Ontario*. Toronto : Direction de la promotion de la santé, 15 octobre 1993.
43. U.S. Department of Health and Human Services. *Strategies to Control Tobacco Use in the United States: A Blueprint for Public Health Action in the 1990's*. Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Publication No 92-3316.
44. Conseil du premier ministre sur la santé. Vers l'amélioration de la santé. Objectifs 2 et 4 : Objectifs précis et buts spécifiques. Toronto: Ministère de la Santé de l'Ontario, 1991.
45. Townsend J. Policies to halve smoking deaths. *Addiction* 1993;88:43-52.
46. Glynn TJ, Greenwald P, Mills SM, Manley MW. Youth tobacco use in the United States - problems, progress, goals, and potential solutions. *Preventive Medicine* 1993;22:568-575.
47. U.S. Department of Health and Human Services. *Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General*. Public Health Service, Centers for

24. Pollay RW. Hacks, flacks, and counter-attacks: Cigarette advertising, sponsored research, and controversies. *Journal of Social Issues* 1997;53:53-74.
25. O'Keefe AM, Pollay RW. Deadly targeting of women in promoting cigarettes. *Journal of the American Medical Women's Association* 1996;51:67-69.
26. Slade J, Bero LA, Hanauer P, Barnes DE, Glantz SA. Nicotine and addiction: The Brown and Williamson documents. *Journal of the American Medical Association* 1995;274:225-233.
27. Hurt RD, Channing RR. Prying open the door to the tobacco industry's secrets about nicotine: The Minnesota Tobacco Trial. *Journal of the American Medical Association* 1998;280:1173-1181.
28. Bero LA, Galbraith A, Rennie D. Sponsored symposia on environmental tobacco smoke. *Journal of the American Medical Association* 1994;271:612-617.
29. Glantz SA, Barnes DE, Bero L, Hanauer P, Slade J. Looking through a keyhole at the tobacco industry. The Brown and Williamson documents. *Journal of the American Medical Association* 1995;274:219-224.
30. Barnes DE, Hanauer P, Slade J, Bero L, Glantz SA. Environmental tobacco smoke: The Brown and Williamson documents. *Journal of the American Medical Association* 1995;274:248-253.
31. Bero L, Barnes DE, Hanauer P, Slade J, Glantz SA. Lawyer control of the tobacco industry's external research program. The Brown and Williamson documents. *Journal of the American Medical Association* 1995;274:241-247.
32. Barnes DE, Bero L. Industry-funded research and conflict of interest: An analysis of research sponsored by the tobacco industry through the Center for Indoor Air Research. *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 1996;21:515-542.
33. Barnes DE, Bero LA. Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions. *Journal of the American Medical Association* 1998;279:1566-70.
34. Concar D, Day M. Undercover operation: A tobacco industry memo describes a network of influential moles. *New Scientist* 1998; May 16:4.
35. Barnes DE, Bero LA. Scientific quality of original research articles on environmental tobacco smoke. *Tobacco Control* 1997; 6:19-26.
36. Smith GD, Phillips AN. Passive smoking and health: Should we believe Philip Morris's 'experts'? *British Medical Journal* 1996;313:929-33.

11. Médecin-hygiéniste en chef. *Rapport sur la jeunesse*. Toronto : Ministère de la Santé de l'Ontario, 1992.
12. Médecin-hygiéniste en chef. *Promouvoir la santé cardio-vasculaire*. Toronto : Ministère de la Santé de l'Ontario, 1993.
13. Médecin-hygiéniste en chef. *Possibilités pour l'amélioration de la santé - Échec au cancer*. Toronto : Ministère de la Santé de l'Ontario, 1994.
14. Addiction Research Foundation/Fondation de la recherche sur la toxicomanie. *Preventing smoking: Tobacco control policies*. Best Advice. Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, juillet 1995.
15. Groupe d'étude ontarien sur la prévention primaire du cancer. *Recommandations sur la prévention primaire du cancer*. Ministère de la Santé de l'Ontario. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, mars 1995.
16. Ontario Medical Association. *Position Paper on Second Hand Smoke*. Toronto : Population Health Committee, OMA, novembre 1996.
17. Institut national du cancer du Canada. *Statistiques sur la prévalence du cancer au Canada en 1998*. Toronto : INCC, 1998.
18. Ontario Tobacco Research Unit/Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario. *Monitoring the Ontario Tobacco Strategy: Progress Toward Our Goals*, 1997/98. Fourth Annual Monitoring Report. Toronto: OTRU, novembre 1998.
19. Adlaf EM, Ivis F, Smart RG. *The Ontario Student Drug Use Survey 1977-1997*. Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1997.
20. Ashley MJ, Cohen J, Ference R, Bull S, Bondy S, Poland B, Pederson L. Smoking in the home: Changing attitudes and current practices. *American Journal of Public Health* 1998;88:797-800.
21. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000: Indirect Estimates from National Vital Statistics*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
22. Kluger R. *Ashes to Ashes: America's Hundred-Year Cigarette War, the Public Health and the Unabashed Triumph of Philip Morris*. New York: Alfred A. Knopf, 1996.
23. Glantz S, Slade J, Bero L, Hanauer P, Barnes DE. *The Cigarette Papers*. Berkeley: University of California Press, 1996.

9.0 RÉFÉRENCES

1. Xie X, Rehm J, Single E, Robson L. *The Economic Costs of Alcohol, Tobacco and Illicit Drug Abuse in Ontario: 1992*. Addiction Research Foundation Document Series No. 127. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1996.
2. Médecin-hygiéniste en chef. *Alerte au tabagisme*. Toronto : Ministère de la Santé de l'Ontario, 1996.
3. Villeneuve P, Mao Y. Lifetime probability of developing lung cancer, by smoking status. *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique* 1994; 85:385-388.
4. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Office on Smoking and Health. Smoking cessation during previous year among adults – United States, 1990 and 1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1993;42:504-507.
5. Angus Reid Group: Ontario Campaign for Action on Tobacco/Campagne ontarienne d'action contre le tabac : Proprietary Questions. Ontario Omnibus Survey, Toronto, Octobre 1998.
6. Ontario Council of Health/Conseil ontarien de la santé. *Smoking and Health in Ontario: A Need for Balance*. Report of the Task Force on Smoking Submitted to the Ontario Council of Health. Toronto : Conseil ontarien de la santé, mai 1982.
7. Ontario Health Review Panel/Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario. *Toward A Shared Direction For Health In Ontario: Report of the Ontario Health Review Panel (présidé par JR Evans)*. Toronto : Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario, juin 1987.
8. Groupe d'étude sur les objectifs de santé en Ontario. *La santé pour tout l'Ontario : rapport du groupe d'étude sur les objectifs en matière de santé en Ontario (présidé par RA Spasoff)*. Toronto : Ministère de la Santé de l'Ontario, 1987.
9. Groupe consultatif du ministre sur la promotion de la santé. *Questions relatives à la santé en Ontario. Rapport du groupe consultatif du ministre sur la promotion de la santé (présidé par S. Podborski)*. Toronto : Groupe consultatif du ministre sur la promotion de la santé, 1987.
10. Médecin-hygiéniste en chef. *Le tabagisme et votre santé*. Toronto : Ministère de la Santé de l'Ontario, 1991.

8.0 LES ACTES SONT PLUS ÉLOQUENTS QUE LES MOTS

Il est grand temps d'agir pour mettre un frein à l'épidémie mortelle causée par les produits du tabac en Ontario. Les recommandations formulées dans le présent rapport suggèrent quoi faire. Leur mise en application est garantie de porter ses fruits. Elle améliorerait la santé et la productivité des Ontariennes et des Ontariens et elle éviterait à notre économie des dépenses inutiles, dégageant ainsi des ressources qui pourraient servir à financer d'autres services à la population de l'Ontario.

Les Ontariennes et les Ontariens sont favorables à la prise de mesures visant à contrer les terribles méfaits du tabagisme dans notre province. Reste à savoir si le gouvernement a la volonté politique d'instaurer un programme global de lutte contre le tabagisme. Des mesures fragmentaires ne serviraient à rien. Pour se montrer sérieusement déterminé à mettre un frein à l'usage du tabac, le gouvernement devra adopter une démarche globale incorporant tous les éléments abordés dans le présent rapport.

Trêve de discours. Ne laissons plus nos paroles s'envoler en fumée : passons à l'action.

Influenced and Corrupt Organizations Act (RICO). Cette option est intéressante parce qu'elle confierait la poursuite à des cabinets d'avocats américains, habitués à ce type d'affaire et dont les honoraires sont conditionnels à l'issue du procès.

- La subrogation. Cette option consisterait pour le gouvernement à se joindre comme partie à une instance en cours, comme par exemple le recours collectif déjà introduit en Ontario. **Le Comité d'experts est fortement opposé à cette option.** Le recours collectif en question n'a pas encore été attesté (malgré de longues années d'efforts dans ce sens) et ne le sera peut-être jamais. Par ailleurs, le gouvernement ne devrait en aucun cas se placer dans la position de partie subordonnée à l'action d'une autre, compte tenu de l'incertitude quant à l'issue d'un tel procès, de sa durée et complexité prévisibles, des sommes farouches qui sont en jeu et de la gravité du problème de santé publique qui en forme la base. De plus, le gouvernement n'a pas intérêt à appuyer la cause d'une plaignante ou d'un plaignant individuel, vu que l'industrie du tabac s'est montrée parfaitement capable de retarder ce type de procès pendant des années.

Pour terminer, quelques mots sur la production de tabac en Ontario : Le gouvernement devra prendre des mesures à l'égard des agriculteurs et des entrepreneurs qui cultivent et transforment le tabac en Ontario et plus généralement, à l'égard de la dépendance économique de diverses régions à ce type d'activités. Il devrait financer un programme de rachat d'emplois à l'intention des agriculteurs spécialisés dans la culture du tabac, la mise en place de programmes de formation et de recyclage pour les travailleuses et travailleurs des entreprises de transformation du tabac et un fonds de stabilisation économique pour les collectivités dont l'économie souffrirait d'une baisse de la consommation de tabac. Certains cultivateurs du sud-ouest de l'Ontario ont réussi à changer de culture grâce à un programme d'aide du gouvernement, mais ce type de programme ne pourra jamais se substituer à un programme de réaménagement économique en profondeur pour la région. Le Comité d'experts n'est pas d'accord avec ceux qui voudraient abandonner ces agriculteurs à leur sort sous prétexte que le tabac est une culture très lucrative (au moins deux fois plus et souvent bien davantage que n'importe quelle autre, selon la conjoncture). Un réaménagement économique s'impose dans la région et le gouvernement devrait y consacrer les fonds nécessaires. Ce financement devrait **être distinct** de celui recommandé pour la nouvelle stratégie antitabac de l'Ontario, vu que son application ne serait pas directement liée à la poursuite d'objectifs de santé publique. Il devrait provenir des fonds que le gouvernement réserve aux programmes d'aménagement économique et être la responsabilité du ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation de l'Ontario ou de tout autre ministère compétent.

Colombie-britannique pour sa part et prêt à mettre des pièces essentielles à la disposition des autres provinces, telles que ses lois, sa demande introductive d'instance, des opinions sur le droit et des éléments de preuve. Cela se traduirait par de considérables économies pour le gouvernement ontarien.

- Un avantage non négligeable d'une telle poursuite en justice est qu'elle peut faire avancer la réglementation de l'usage du tabac. La négociation d'un règlement avec l'industrie du tabac ouvre la possibilité d'obtenir d'importantes concessions, telles qu'une restriction des pratiques de commercialisation des fabricants de tabac, la réglementation de l'usage du tabac au même titre que celui des drogues ou encore l'imposition à l'industrie du tabac de dates-limites pour réduire le tabagisme juvénile, assorties de pénalités substantielles en cas de non respect de ces échéances. Les règlements intervenus aux États-Unis prévoyaient tous ce type d'ententes sur des questions non-monétaires.

- La communication préalable au procès donne accès à quantité de documents internes des fabricants de tabac. Aux États-Unis, ces documents ont pu servir à jeter le discrédit sur les arguments avancés par l'industrie à sa défense et à faire la lumière sur les efforts de celle-ci pour passer sous silence les résultats de recherche qui auraient pu nuire à ses intérêts.

- Un tel procès se traduirait par des économies pour le système de santé. En cas de victoire du gouvernement, l'industrie du tabac relèverait sans doute fortement le prix du tabac, afin de pouvoir payer les dommages-intérêts et autres dépens auxquels elle serait condamnée. Cette hausse de prix entraînerait une baisse de la consommation de produits du tabac par personne et du nombre de jeunes qui se mettent à fumer, ce qui aurait des répercussions favorables sur les dépenses du système de santé.

Il est entendu que l'introduction d'une telle instance nécessiterait au départ des investissements de fonds substantiels et ensuite un gros apport de temps et d'énergie, mais en contrepartie, les avantages que l'on peut en espérer à long terme sont aussi nombreux qu'importants. La preuve est on ne peut plus accablante pour l'industrie du tabac. Pour le moment, les gouvernements du Manitoba, du Yukon, de Terre-Neuve et des Territoires du Nord-Ouest se sont dits intéressés à suivre l'exemple de la Colombie-britannique. Un procès victorieux aurait des retombées très avantageuses sur les finances de la province et sur la santé de la population. Il ouvrirait aussi la voie à de nouvelles initiatives dans la lutte contre le tabagisme en Ontario.

Avant de finir, une remarque à propos des choix qui se présentent en matière de poursuite judiciaire. Il y a deux d'introduire une instance similaire à celle du gouvernement de Colombie-britannique, à savoir :

- L'introduction d'une instance devant un tribunal américain contre l'industrie du tabac en général, y compris ses filiales canadiennes, en vertu de la loi *Racketeering-*

préjudice attribuable au tabac. La Loi facilite l'introduction d'instances par le gouvernement et des particuliers, de même que les recours collectifs. Elle autorise aussi au gouvernement d'intervenir dans une poursuite intentée par un particulier et de demander à être joint aux parties pour recouvrer les coûts relatifs aux soins médicaux et de santé encourus en l'espèce. Entre temps, des modifications ont été apportées à cette loi habilitante de sorte à permettre une inversion de la charge de la preuve, qui revient à obliger l'industrie du tabac à prouver que ses produits ne sont pas préjudiciables. Ces modifications permettent aussi la présentation en preuve d'études sommaires établissant les méfaits du tabac sur des populations entières sans avoir à prouver le préjudice subi par une personne en particulier, la perte d'un tel procès pourrait poser quelques problèmes, mais jusqu'à présent, aucun gouvernement n'a été perdant dans une telle affaire.

Voici quelques-unes des raisons pour lesquelles le gouvernement de l'Ontario aurait intérêt lui aussi à tenter une telle poursuite :

- Le gouvernement de l'Ontario devrait se faire l'apôtre de la santé publique. Intenter une poursuite à l'industrie du tabac est un acte très visible. Un tel geste signalerait aux Ontariennes et aux Ontariens que le gouvernement est bien décidé à venir à bout des problèmes que pose le tabagisme.

- Le recouvrement des coûts que le tabagisme a engendrés pour le système de santé de l'Ontario serait une décision très responsable sur le plan de la gestion des fonds publics.

- Il est logique de vouloir recouvrer les coûts associés aux pathologies dont souffrent les fumeurs des fabricants des produits qui en sont la cause. Jusqu'à présent, les fabricants de tabac se sont tirés d'affaire en répercutant leurs coûts sur des tiers. Les coûts des services de santé et des services sociaux associés en Ontario à l'usage du tabac s'élevaient en 1992 à 3,7 milliards de dollars, dont 1,1 milliard en services de santé directs et 2,6 milliards en perte de productivité due aux pathologies et aux décès attribuables au tabagisme.¹ Si l'on se base sur le règlement intervenu au Minnesota, le gouvernement de Colombie-britannique peut espérer récupérer 10 milliards de dollars.

- Les procès qui ont déjà eu lieu réduiront le coût d'une instance similaire pour l'Ontario. Les divers États américains qui ont pris l'initiative de poursuivre l'industrie du tabac en justice ont préparé le terrain pour les procès ultérieurs. Le Minnesota Document Depository, créé en application du règlement intervenu entre le gouvernement de cet État et l'industrie du tabac, donne accès à 30 000 000 de pages de documents publiés par cette industrie. Le gouvernement de

7.0 LE RECOURS DES COÛTS ET LE REJET DU JOUÛ ÉCONOMIQUE NOMMÉ TABAC

Recommandation

29. Le gouvernement de l'Ontario devrait introduire des actions en justice, appuyées des lois nécessaires, en recouvrement des coùts que les produits du tabac engendrent pour notre système de santé.

Raisonnement

Voici cinq ans à peine, les fabricants de tabac gagnaient tous les procès qui leur étaient intentés, parce que les jurys étaient convaincus que les fumeurs connaissaient les risques que le tabac présente pour la santé et qu'ils avaient décidé de fumer en toute connaissance de cause. Depuis, des documents divulgués clandestinement ont révélé que les fabricants de tabac avaient, d'une part, manipulé les taux de nicotine de leurs cigarettes pour créer une plus grande dépendance à leur égard chez leurs consommateurs et, d'autre part, axé leurs efforts de promotion et de commercialisation du tabac sur les enfants et les adolescents. Forts de cette nouvelle preuve que l'industrie du tabac avait complété pour induire le public en erreur et lui cacher que les produits du tabac créent une dépendance et nuisent à la santé, bref, qu'ils sont dangereux, la plupart des États américains ont intenté des poursuites pour tenter de recouvrer les coùts que les produits du tabac engendrent pour leurs systèmes de santé. Ces poursuites ont été facilitées par l'émergence de nouveaux moyens juridiques d'engager la responsabilité des fabricants.

Depuis 1997, quatre de ces procès ont fait l'objet d'un règlement à l'amiable : le gouvernement du Mississippi a obtenu 3,4 milliards de dollars en juillet 1997, celui de la Floride 1,3 milliards en août 1997, celui du Texas 15,3 milliards en janvier 1998 et enfin, celui du Minnesota 6 milliards en mai 1998. Tous ces chiffres sont en dollars américains et représentent un paiement unique, étalé sur 25 ans. Pour faciliter le règlement de ces litiges, certains États, comme la Floride, ont adopté des lois habilitantes. En novembre 1998, le Procureur général des États-Unis et l'industrie du tabac se sont entendus sur un règlement applicable aux 46 autres États. Ce règlement général prévoyait le versement de 206 milliards de dollars additionnels par l'industrie du tabac en dommages-intérêts, de même que des restrictions relatives à certaines de ses pratiques.

Ici au Canada, la province de Colombie-britannique a promulgué fin 1998 la *Tobacco Damages and Health Care Costs Recovery Act*, calquée sur une loi similaire en vigueur en Floride. Cette loi confère au gouvernement provincial, et aux particuliers, l'autorité légale de recouvrer auprès d'un fabricant de tabac les coùts relatifs aux soins médicaux et de santé attribuables à l'usage du tabac, lorsqu'il est possible d'établir un lien entre ces coùts et un

- des sondages et des analyses statistiques périodiques en vue d'évaluer le tabagisme au sein de groupes particuliers, par exemple les femmes enceintes, les jeunes qui ont fini ou abandonné leurs études et les patientes ou patients en psychiatrie;
 - des enquêtes approfondies périodiques visant à évaluer les attitudes et les comportements concernant le tabac et la fumée secondaire, y compris la perception de leurs méfaits, l'accès au tabac et d'autres questions clés;
 - la collecte de données sur la vente au détail, afin de suivre l'évolution du comportement des consommateurs, vu que les chiffres de vente présentement compilés par le gouvernement fédéral portent sur les ventes de gros et ne peuvent donc pas servir à cette fin;
 - des sondages périodiques auprès de jeunes d'âges divers visant à vérifier la conformité des détaillants à la réglementation de l'usage du tabac, associés à une étude continue du tabagisme juvénile, afin d'étudier l'impact de cette conformité sur le nombre de jeunes qui fument et la quantité qu'ils ou elles fument;
 - une analyse des données relatives aux mesures d'exécution, y compris les visites et les inspections des points de vente, les inculpations et les déclarations de culpabilité;
 - des études précises d'évaluation de la mise en œuvre des programmes et des politiques qui forment la Stratégie antitabac de l'Ontario et de leurs résultats;
 - un suivi et une évaluation des campagnes médiatiques, en particulier des campagnes d'éducation du public;
 - des études spécialement conçues pour examiner les répercussions des divers éléments de la Stratégie globale de lutte contre le tabagisme et leur interrelation;
 - l'octroi d'un financement visant à permettre l'inclusion de questions sur le tabagisme dans les études et les enquêtes axées sur d'autres comportements de la population susceptibles de nuire à leur santé et les pathologies qui en résultent.
- Ces activités sont autant de points de départ du suivi, de l'évaluation et de la mise à jour de la Stratégie. La meilleure façon de servir l'intérêt public est une action concertée entre le ministère de la Santé et des organismes indépendants.

6.0 LA MISE À JOUR DE LA STRATÉGIE ET LA MESURE DE SON SUCCÈS

Recommandation

28. Le gouvernement provincial devrait adéquatement un système de recherche, de suivi et d'évaluation complet et indépendant permettant, d'une part, de mesurer tant les progrès que les résultats de la mise en œuvre des divers éléments de la Stratégie et, d'autre part, de recueillir des données pouvant servir de base à la révision et à la relance de celle-ci.

Raisonnement

La clé du succès des programmes mis sur pied en Californie et au Massachusetts réside dans leurs éléments de suivi et d'évaluation polyvalents et bien financés.^{39,162,163} Chacune de leurs initiatives donne lieu à une collecte de données et prévoit plusieurs mesures tant du progrès de sa mise en œuvre que de ses résultats. Au Massachusetts, par exemple, les données sur le nombre de personnes ayant bénéficié de services d'aide au sevrage nicotinique sont complétées de renseignements sur la qualité des traitements, obtenus lors de vérifications ponctuelles auprès des fournisseurs de services. Les taux de renonciation à long terme sont sans doute la meilleure mesure de l'efficacité d'un programme, mais les données sur la conception et la mise en œuvre des procédés sont essentielles à l'analyse du fonctionnement d'un système et au repérage des faiblesses auxquelles il convient de remédier. En Californie, la recherche sur la politique et les programmes continue d'occuper une place de premier rang dans l'élaboration des mesures législatives, des mesures d'exécution et d'autres aspects du programme.¹⁶⁴

La Stratégie antitabac de l'Ontario a, ces cinq dernières années, l'objet d'un suivi et d'une évaluation restreinte, ainsi que d'une recherche limitée. Au stade initial de planification de la Stratégie, les 2,5 millions dont elle devait disposer par année pour la recherche ont été réduits à 0,4 million, ce qui a gravement nuit à l'étendue et à l'utilité de tout travail qu'elle pouvait faire dans ce sens.¹⁶⁵ D'après les lignes directrices du Centre for Disease Control and Prevention,³⁸ 10 pour 100 du budget global de la Stratégie devrait être réservé au suivi et à l'évaluation.

Les éléments essentiels à l'évaluation et à la mise à jour de la Stratégie sont les suivants :

- une surveillance et analyse statistique annuelle des indicateurs clés de l'usage du tabac, y compris la prévalence des fumeurs, la quantité qu'ils ou elles fument et les taux de renonciation au tabac chez les jeunes et chez les adultes.

ponctions sur son financement⁴⁰, tandis que des groupes politiques bloquaient la diffusion de puissants messages antitabac à la télévision.¹⁶⁰

En Ontario, on est en droit de s'inquiéter de l'instabilité des assises de la Stratégie antitabac de l'Ontario. Son financement se situe présentement à moins de 25 pour 100 des crédits qui lui étaient alloués lorsqu'il battait son plein. De plus, le gouvernement provincial a abandonné son programme d'éducation du public dans les médias. De toute évidence, la Stratégie ne saurait être efficace sans être à la fois stable et durable et sans être à l'abri, et vue comme étant à l'abri, des pressions politiques et de toute influence de l'industrie du tabac.

Quelle que soit la solution adoptée à l'égard de l'infrastructure de la Stratégie, quelques grandes lignes se dégagent de la réflexion dès à présent :

- la Stratégie doit être dotée d'une structure organisationnelle responsable;
- la Stratégie doit pouvoir disposer d'un financement stable et durable;
- la Stratégie doit pouvoir former des partenariats avec des intervenants dans le secteur privé, le secteur des organisations non-gouvernementales et le secteur bénévole;
- la Stratégie doit être assez souple pour pouvoir être ajustée ou modifiée;
- les éléments de la Stratégie qui pourraient susciter la controverse, entre autres la campagne médiatique, doivent être mis à l'abri de toute ingérence du gouvernement ou de l'industrie du tabac.

Quelle que soit la structure organisationnelle de la Stratégie, le ministère de la Santé devra lui accorder une importante dotation en personnel. Il est entendu que la mise en œuvre de plusieurs éléments de la Stratégie, se rapportant par exemple aux mesures législatives ou à certaines mesures d'exécution, restera toujours du ressort du ministère de la Santé. Le ministère devrait par ailleurs aussi rendre compte de l'exécution conforme à ses exigences des activités qu'il sous-traite.

Il est de la plus haute importance de mettre un visage sur la nouvelle Stratégie. Quelqu'un devrait se faire le champion des nouvelles attitudes et pratiques, afin de mieux les faire accepter par la population.¹⁶¹ Le médecin-hygiéniste en chef, qui jouit du respect du public et qui a toujours su dialoguer avec lui, est le candidat idéal à ce poste.

Les actes sont plus éloquentes que les mots : un plan d'attaque au tabagisme en Ontario

- elle soumettrait le financement à un *indicateur de besoin neutre* (la consommation de tabac), ce qui le mettrait à l'abri des pressions internes qui peuvent s'opérer sur le budget du gouvernement,
- elle établirait des niveaux de financement prévisibles d'une année sur l'autre;
- elle garantirait à la Stratégie une certaine *autonomie* dans la prise de décisions concernant les programmes.

5.2 L'infrastructure

Recommandations

24. Le gouvernement de l'Ontario devrait élaborer et financer la nouvelle Stratégie antitabac de l'Ontario et confier au ministère de la Santé certains éléments de cette Stratégie qui sont manifestement du ressort du gouvernement, notamment l'adoption de mesures législatives ou les poursuites en justice.

25. Le ministère de la Santé devrait confier certains éléments délicats du point de vue politique ou dont la prestation pourrait être mieux assurée par d'autres que lui à des organismes externes.

26. Le ministère de la Santé devrait apporter la preuve de sa détermination à vaincre le tabagisme en prévoyant une dotation en personnel suffisante pour s'acquitter de son rôle à l'appui de la Stratégie.

27. Le médecin-hygiéniste en chef devrait se faire le champion de la Stratégie antitabac de l'Ontario.

Raisonnement

Le Comité d'experts a préféré ne pas faire de recommandation précise quant aux organismes auxquels le ministère de la Santé devrait confier certains éléments d'une nouvelle Stratégie antitabac de l'Ontario. Le Comité a envisagé de recommander la création d'un organisme spécial ou la passation d'un contrat avec un fournisseur de services de santé existant, soit dans le secteur public, soit dans le secteur des organisations non gouvernementales.

Le Comité d'experts a examiné plusieurs modèles d'infrastructure, en particulier ceux de la Californie et du Massachusetts. Ces deux programmes, qui sont indéniablement une réussite, sont pour l'essentiel gérés par le gouvernement de leur État respectif. Il est toutefois bien connu que l'un comme l'autre ont aussi subi des attaques des rangs du gouvernement. Le gouvernement de Californie a nuit à l'efficacité de son programme en faisant d'importantes

Les organismes ou centres de ressources présents dans l'ensemble de la province devraient bénéficier d'un financement accru, afin de pouvoir aider, par des services de soutien gratuits et faciles d'accès, au développement, au perfectionnement et au maintien de ces compétences à l'échelle locale. La Stratégie antitabac de l'Ontario reposait dès le départ sur la notion de partenariat entre des organisations non-gouvernementales (ONG), telles que la Société canadienne du cancer — Division de l'Ontario, la Fondation de l'Ontario des maladies du cœur et l'Association pulmonaire de l'Ontario. À condition de disposer de ressources suffisantes, les bureaux et les bénévoles locaux de ces organisations pourraient jouer un rôle clé dans la mise en œuvre des programmes et des services nécessaires pour appuyer les différentes composantes d'un programme global de lutte contre le tabagisme.

Recommandation

23. Le gouvernement de l'Ontario devrait fixer le financement annuel de la Stratégie antitabac de l'Ontario pleinement mise en œuvre à 0,5 cent par cigarette vendue. Il aurait intérêt à échelonner ce financement sur trois ans, au rythme du développement des programmes et de la mise au point de leurs mécanismes d'exécution.

Raisonnement

Le niveau de financement de la nouvelle Stratégie antitabac de l'Ontario est calqué sur celui des programmes de lutte contre le tabagisme entrepris avec succès par d'autres provinces ou États. Il s'élèverait à environ 30 millions de dollars la première année pour atteindre environ 90 millions de dollars une fois la Stratégie pleinement mise en œuvre, en se basant sur la vente en Ontario de 18,6 milliards de cigarettes par année (ce qui correspond au chiffre réel de 1997). Le montant final correspond à environ 8 \$ par Ontarien et Ontarienne, un montant qui se situe dans l'éventail prévu par les lignes directrices du Centre for Disease Control américain.³⁸

Cette approche devrait gagner l'approbation du gouvernement, étant donné que :

- les interventions qu'elle prévoit sont basées sur les *meilleures pratiques éprouvées*,
- son *niveau de dépenses est tout à fait adéquat*,
- *les coûts que la Stratégie engendre pour le gouvernement baisseront automatiquement* à mesure que la Stratégie portera ses fruits.

Elle se prêterait aussi bien au calcul du niveau de financement, car :

Il s'agirait de faire tout le possible pour assurer la prestation des programmes par les voies existantes. Il faudrait encourager et aider des professionnels à acquérir les compétences et les moyens nécessaires pour contribuer à la mise en place par le gouvernement de services d'aide et de messages d'encouragement parfaitement cohérents, omniprésents, inévitables et conformes aux meilleures pratiques. Les bureaux de santé publique et les groupes communautaires locaux peuvent compléter ce rôle impératif du gouvernement par des programmes et des services antitabac. L'évaluation des programmes, les campagnes dans les médias, la mise en œuvre des politiques de création d'espaces sans fumée, l'organisation de programmes de prévention du tabagisme et de renonciation au tabac et enfin la limitation de l'accès des jeunes aux produits du tabac ne peuvent se faire que sous réserve de la disponibilité de l'assistance technique, de la formation et du financement nécessaires.

L'affectation des ressources nécessaires à la mise en œuvre des composantes d'une nouvelle stratégie antitabac de l'Ontario devrait s'appuyer sur l'exemple des États américains dont les efforts de lutte contre le tabagisme ont donné des résultats probants, comme par exemple le Massachusetts et la Californie. Elle devrait par ailleurs s'aligner sur les lignes directrices du Center for Disease Control and Prevention américain.³⁸ Les composantes dont il faudrait prévoir le financement sont les mesures législatives et les mesures d'exécution, les campagnes dans les médias et autres campagnes d'éducation du public, les programmes de prévention scolaires et communautaires, les programmes d'aide aux personnes qui veulent cesser de fumer, les services d'administration et de gestion, et enfin, les services de recherche, de surveillance et d'évaluation.

5.1 Le financement

EFFICACE

5.0 LE SOUTIEN INDISPENSABLE À UNE STRATÉGIE

Les services d'aide aux personnes qui veulent renoncer au tabac s'avèrent être d'un bon rapport coût-efficacité par rapport aux divers types d'interventions médicales.¹⁴⁸ Les principaux obstacles à la disponibilité universelle de services de cette nature sont aujourd'hui leur financement insuffisant et l'absence d'un programme global portant sur tous les aspects de la lutte antitabac.

Il s'agirait de miser davantage sur la contribution des fournisseurs de services de santé aux tentatives de sevrage nicotinique, dont l'efficacité n'est plus à démontrer.¹⁴⁵ Les autres mécanismes de soutien qu'il faudrait prévoir sont la formation, la production de matériel pour les programmes antitabac, la création d'un réseau de services d'aiguillage et une rémunération adéquate des services d'aide aux personnes qui veulent cesser de fumer. D'après la preuve disponible, l'accès des fumeurs à ce type de programme peut avoir un impact majeur sur la santé publique.

¹⁴⁵ Les actes sont plus éloquentes que les mots : un plan d'attaque au tabagisme en Ontario

La plupart des personnes qui fument au Canada ont déjà essayé de renoncer au tabac¹⁴⁰ et près de la moitié de ceux et de celles qui fument régulièrement disent vouloir renoncer au tabac au cours des douze prochains mois.¹⁴¹ Ceci étant dit, rares sont les fumeurs qui réussissent leur sevrage nicotinique.⁴ Un sevrage réussi est souvent le couronnement de nombreuses tentatives. L'enjeu est pourtant on ne peut plus considérable : la moitié des fumeurs qui ne parviennent pas à renoncer au tabac décèdent avant l'âge de pathologies induites par la consommation de tabac.²¹

Tout programme global de lutte contre le tabagisme doit comporter des mesures d'aide aux personnes qui veulent cesser de fumer. Les personnes qui parviennent à interrompre leur dépendance au tabac ont de meilleures chances de réussir leur sevrage nicotinique à long terme si leur entourage et la collectivité en général les appuient dans leur détermination à renoncer au tabac et ne les soumet pas inutilement à la tentation de reprendre leur mauvaise habitude. La hausse du prix des cigarettes,⁵⁶ le renforcement des mises en garde contre les méfaits du tabac pour la santé,⁵⁸ la limitation des espaces pour fumeurs dans les lieux de travail et les lieux publics⁵⁹ et la diffusion de messages d'encouragement dans les médias^{142,143} sont autant de moyens de faciliter la renonciation au tabac et d'aider les personnes qui cessent de fumer à rester des non fumeurs.

Le Comité d'experts trouve inquiétant l'actuel amalgame de services d'aide aux Ontariennes et aux Ontariens qui veulent renoncer au tabac, l'insuffisance de leur financement et la difficulté manifeste que les fumeurs qui voudraient cesser de fumer ont à trouver une méthode valable pour y parvenir. Quantité de rapports scientifiques ont été publiés qui peuvent servir de base à l'élaboration de toute une gamme de services de ce genre.¹⁴⁴⁻¹⁴⁹ Les services existants d'aide aux personnes qui veulent cesser de fumer sont loin d'être parfaits. Le Comité d'experts mesure le formidable impact que pourrait avoir la mise en place de services d'assistance par téléphone et par Internet.¹⁵⁰ La création de systèmes informatiques de diffusion massive de renseignements et de conseils se poursuit.¹⁵¹⁻¹⁵³

Les produits tels que la gomme à mâcher à la nicotine ou les timbres transdermiques, utilisés seuls ou parallèlement à différentes thérapies de consultation, ont fait leurs preuves comme produits d'aide au sevrage nicotinique.^{145,154-156} Leur mise en vente dans les sections libre-service des pharmacies les rendrait plus faciles d'accès. Le taux de sevrage nicotinique est plus élevé pour les personnes qui ont combiné l'utilisation de ces produits et une thérapie de consultation.¹⁴⁵ Les sprays nasaux de nicotine¹⁵⁷ et un autre produit vendu en pharmacie, le Zyban (bupropione hydrochloride) donnent de bons résultats.^{158,159}

L'accès aux services est important, mais ce qui compte autant sinon plus, c'est la compétence des fournisseurs de services et la disponibilité des thérapies d'appoint. Aides du ministère de la Santé, trois organismes, la Ontario Medical Association, la Ontario Pharmacists' Association et le Centre de formation et de consultation ont uni leurs efforts pour apprendre aux médecins et à d'autres professionnels de la santé comment inciter leurs patients à

ce qui donne des résultats pour le moins aléatoires, n'assure pas la protection nécessaires à l'ensemble des travailleuses et des travailleurs et en met pas tous les intervenants dans l'industrie de l'accueil sur un pied d'égalité.

En ce qui a trait à la sphère privée qui échappent aux mesures d'intérêt public, le gouvernement aurait intérêt à mettre sur pied des programmes d'éducation dans les médias visant à mettre le public en garde contre la fumée secondaire. Pas plus de 20 pour 100 des foyers ontariens où cohabitent des personnes qui fument et des enfants étaient des lieux sans fumée en 1996.²⁰ La meilleure façon d'éduquer le public sur les méfaits du tabac est de combiner des campagnes médiatiques provinciales et un renfort de programmes d'éducation locaux. Les professionnels de la santé de la province ont aussi un rôle à jouer pour sensibiliser le public aux méfaits de la fumée secondaire.

4.4 La renonciation

Ce troisième et dernier grand objectif de la Stratégie anti-tabac de l'Ontario porte sur les stratégies d'aide aux personnes qui veulent cesser de fumer.

Recommandation

22. Le ministère de la Santé devrait concevoir, financer et mettre en place un système provincial d'aide aux personnes qui veulent cesser de fumer, complet, cohérent et fondé sur les résultats.

Ce système devrait avoir pour éléments clés :

- L'impression sur chaque paquet de produits du tabac vendu en Ontario d'un numéro téléphonique sans frais donnant directement accès à des services de soutien pour renoncer au tabac et l'adresse d'un site web spécial.
- Une campagne d'information dans les médias faisant connaître le numéro d'assistance téléphonique sans frais, le site web, les meilleures méthodes de renonciation au tabac et les avantages que cette renonciation présente sur le plan de la santé et sur le plan financier.
- La disponibilité de produits pouvant aider au sevrage nicotinique, autrement dit de substances destinées à interrompre la dépendance au tabac, dans les sections libre-service des pharmacies.
- La formation de l'ensemble des fournisseurs de soins de santé en Ontario à la façon d'inciter et d'aider quelqu'un à renoncer au tabac.

Cet appel à la protection contre la fumée secondaire se fonde sur plus de deux décennies de recherche,^{106,107} le Surgeon General ou chef des services de santé des États-Unis ayant été le premier à sonner l'alarme à ce sujet en 1986.¹⁰⁸ Les progrès accomplis depuis par la recherche ont amené à la conclusion que les dangers de l'exposition à la fumée secondaire touchent à la fois les adultes et les enfants et qu'ils ne se limitent pas au risque de cancer du poulmon.¹⁰⁶⁻¹¹¹ Les adultes exposés à la fumée secondaire ont non seulement un risque accru de cancer du poulmon,^{112,113} mais aussi de maladie cardiaque¹¹⁴⁻¹¹⁶ et de problèmes respiratoires.¹¹⁷ Pour les enfants, l'exposition à la fumée secondaire multiplie considérablement les risques d'infections respiratoires,^{106,107} de problèmes d'oreilles,^{106,107,118,119} d'asthme^{106,107} et de mort soudaine du nourrisson.¹²⁰⁻¹²² avec ce que cela entraîne de coûts additionnels pour le système de santé.^{123,124} Tout compte fait, il n'existe en Ontario aucun autre produit de consommation auquel tant de gens sont exposés jour après jour qui fasse l'objet de si peu de restrictions que le tabac et qui crée des sous-produits aussi toxiques et carcinogènes que la fumée secondaire.

Il est important de noter que le débat sur la fumée secondaire est principalement animé par l'industrie du tabac,^{31,32,35} les chercheurs à sa solde,^{34,36} quelques éléments sympathisants parmi les médias et une faible minorité de fumeurs.¹²⁵⁻¹²⁷ Il ressort clairement des documents de l'industrie du tabac qui font désormais partie des archives publiques que celle-ci a multiplié les efforts de toutes parts pour amoindrir le consensus des scientifiques sur les risques de la fumée secondaire.^{22,23,28-36} À cet égard, l'industrie du tabac a notamment concentré ses efforts sur l'industrie de l'accueil, dont les représentantes et représentants ont maintes fois (et souvent à leur insu) repris ses arguments contre toute réglementation relative à la fumée secondaire dans leurs établissements. Quantité d'études indépendantes ont confirmé que l'industrie de l'accueil ne subit aucun préjudice économique d'une politique d'interdiction de fumer,¹²⁸⁻¹³⁴ que les personnes qui travaillent dans cette industrie sont celles qui ont le plus grand besoin de protection,¹³⁵⁻¹³⁷ et que lorsque cette protection leur est accordée, les bienfaits pour leur santé se font sentir très rapidement.¹³⁸ Une tactique bien connue de l'industrie du tabac est de mettre en doute le respect des interdictions de fumer. En Ontario, cet argument n'a pas de poids. En 1996, moins de 10 pour 100 des personnes qui fument dans la province et qui ont participé à un sondage ont dit qu'elles passeraient outre une interdiction de fumer.¹³⁹

Les gouvernements dont les efforts de restriction de l'usage du tabac ont été couronnés de succès ont en général procédé par étapes et commencé par interdire la fumée dans les bureaux et les lieux de travail industriels, ensuite dans les restaurants et autres lieux d'accueil et finalement dans les bars. En Ontario, la *Loi limitant l'usage du tabac dans les lieux de travail* sauvegarde le droit de fumer sur les lieux de travail ailleurs que dans des aires pour fumeurs situées dans une enceinte séparée, ventilée directement vers l'extérieur. Ainsi, des milliers d'Ontariens continuent d'être inutilement exposés à une substance qui pose de graves risques pour leur santé. À l'heure actuelle, le gouvernement provincial s'en remet aux municipalités pour adopter des règlements qui créent des espaces sans fumée,

- Cette façon de faire éliminerait les vérifications de conformité, qui révèlent souvent des détaillants en contravention aux dispositions relatives à la vente de tabac aux mineurs.
- Enfin, il y a fort à craindre que les tribunaux estiment que la possession de tabac par une jeune personne pour sa propre consommation ne justifie pas l'imposition d'une sanction, ce qui enlèverait à cette prohibition toute valeur dissuasive.

4.3 La protection

Ce troisième grand but de la Stratégie anti-tabac de l'Ontario vise à protéger les Ontariennes et les Ontariens contre l'exposition à la fumée de tabac ambiante, appelée aussi fumée secondaire.

Recommandations

19. Le gouvernement de l'Ontario devrait interdire la fumée complètement dans tous les lieux publics clos, et mettre cette interdiction en application immédiatement dans les locaux fréquentés par les jeunes dans leur temps libre, tels que les arénas, les salles de quilles et les centres d'achat. Il devrait préciser l'étendue de cette interdiction de fumer dans les autres lieux publics et établir un calendrier de conformité progressive à cette interdiction.
20. Le gouvernement devrait interdire la fumée dans tous les lieux de travail clos, sauf dans des aires pour fumeurs situées dans une enceinte séparée, ventilée directement vers l'extérieur. Cette interdiction devrait prendre effet tout de suite dans les bureaux et les lieux de travail industriels, s'étendre ensuite progressivement aux restaurants et autres lieux d'accueil et finalement aux bars (tels que définis en pourcentage du chiffre d'affaires provenant de la vente d'alcool) dont l'accès est interdit aux personnes de moins de 19 ans. Il devrait sans tarder établir un calendrier pour l'accomplissement de cet objectif.
21. Le gouvernement devrait lancer des programmes médiatiques d'éducation du public à l'échelle de la province, afin de sensibiliser les parents aux risques que la fumée secondaire présente pour les enfants et de les inciter à minimiser l'exposition des enfants à ce risque, d'une part, en faisant de leurs foyers et de leurs véhicules des espaces sans fumée et, d'autre part, en évitant d'amener leurs enfants dans des endroits fréquentés par des fumeurs.

La restriction de la nature et du nombre de points de vente pourrait avoir une grande influence sur le tabagisme juvénile. En Ontario, cette démarche est utilisée depuis des années pour la vente d'un autre produit de consommation qui présente des risques pour la santé — l'alcool.

- restreindre la nature et le nombre des points de vente,
- prescrire un permis provincial de vente de tabac,
- créer des points de vente spécialisés.

La vente de tabac à chiquer et à priser parfumé et emballé en fonction des goûts des jeunes est une façon de créer une dépendance à la nicotine chez ceux et celles qui, au départ, trouvent l'inhalation de la fumée de cigarette désagréable. Il a été prouvé que les fabricants de tabac emploient une stratégie d'accoutumance progressive pour amener les personnes qui commencent par chiquer ou priser du tabac à utiliser des produits de plus en plus forts.¹⁰⁴ Bien des autorités sanitaires préconisent l'interdiction totale de la vente du tabac sans fumée et certains gouvernements ont suivi leurs conseils. Bannir la vente du tabac sans fumée éliminerait une des «voies d'accès» vers la dépendance à la nicotine. Vu que ces produits ne sont pas fabriqués au Canada et que leur part de marché actuelle en Ontario est très faible, leur interdiction n'aurait guère de retombées sur l'économie provinciale.

Les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires entrées en vigueur en Ontario en janvier 1998, conformément à la Loi sur la protection et la promotion de la santé, contiennent aux conseils locaux de santé le soin de veiller à l'exécution de la Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac. Les responsabilités de ces conseils incluent l'inspection des points de vente, la vérification de la conformité à la réglementation, l'inculpation des détaillants pris en faute et la compilation annuelle de tous les vendeurs de tabac sur le territoire qui relève de leur compétence. Le gouvernement pourrait renforcer ces dispositions en précisant les données dont il veut obtenir la collecte et confier cette collecte aux fabricants de tabac, à leurs frais. Ce changement améliorerait la surveillance et la recherche provinciale en matière de réglementation de l'usage du tabac et permettrait la réorientation de certaines ressources vers d'autres aspects de la santé publique.

Un mot concernant l'idée de prohiber la possession de tabac par des jeunes : Cette idée commence à faire son chemin chez certains, mais le Comité d'experts y est **fermement opposé**, et ce pour les raisons suivantes :

- Aux États-Unis, cette idée a l'appui de l'industrie du tabac et des détaillants, qui y voient une façon de se dégager de leur responsabilité de prévenir la fourniture ou la vente illégitime de produits du tabac aux jeunes et d'obliger les jeunes eux-mêmes à rendre compte de leur conformité avec la loi.¹⁰⁵

- Une telle prohibition serait difficile à mettre en pratique.

18. Enfin, il devrait obliger l'industrie du tabac à divulguer au ministère de la Santé, sous la forme précisée par celui-ci :

- les renseignements relatifs à ses activités de commercialisation et de recherche, y compris les statistiques de vente et de consommation par région;

- ses états financiers provinciaux;

- une compilation annuelle et présentation sous forme de données de tous les détaillants de produits du tabac en Ontario.

Raisonnement

Partout où les produits du tabac sont en vente en Ontario, des emballages séduisants, des étalages et des affiches publicitaires bien plus visibles que les mises en garde contre leurs méfaits pour la santé renforcent nettement l'attrait des produits du tabac et contribuent à la perception erronée qu'ils sont un produit de consommation comme les autres. Il faut impérativement corriger cette perception.

À l'origine, la Stratégie antitabac de l'Ontario était basée sur une sévère restriction de la fourniture et de la vente de produits du tabac aux mineurs. Cette restriction n'a jusqu'ici pas donné les résultats escomptés. En voici quelques raisons :

- le prix trop faible des cigarettes,
- l'inefficacité de l'exécution de la réglementation de l'usage du tabac, notamment par manque de financement,
- l'emballage séduisant des produits du tabac et leur exposition bien en vue aux points de vente,
- la publicité de commandite.

Si de nouvelles restrictions relatives à la vente de cigarettes aux mineurs ne donnaient toujours pas les résultats espérés,¹⁰¹⁻¹⁰³ le gouvernement devrait sérieusement envisager la diminution du nombre de points de vente pour les produits du tabac en Ontario. À l'heure actuelle, on compte environ 22 000 points de vente de produits du tabac dans la province, dont certains sont ouverts jour et nuit. Cette situation donne un caractère faussement anodin aux produits du tabac. De plus, elle rend la surveillance du respect des restrictions de vente aux mineurs quasiment impossible, d'autant plus que les personnes chargées de la vente du tabac sont souvent des jeunes qui n'ont pas nécessairement le goût de contrarier un groupe d'adolescents approchant l'âge de la majorité. Les solutions possibles à ce problème sont les suivantes :

dégage d'une cigarette dépend surtout de la façon dont quelqu'un la fume. Très souvent, les taux de dégagement réels sont affectés par la façon dont le fumeur bloque ou non les trous de ventilation du filtre de la cigarette et par le nombre de fois qu'il inhale la fumée de la cigarette, ainsi que la longueur et la profondeur de ces inhalations. De nombreux fumeurs augmentent aussi le nombre des cigarettes légères qu'ils consomment.⁹¹⁻⁹⁵ Contrairement à ce qu'ils peuvent être portés à croire, les fumeurs aspirent parfois plus de goudron et de nicotine en fumant des cigarettes «légères» qu'en fumant des cigarettes ordinaires.

Les fabricants de tabac sont passés maîtres dans l'art de tirer le plus grand profit des lacunes de lois et règlements relatifs à la commercialisation des produits du tabac.⁹⁶ La prolifération de la publicité de commande en est le plus parfait exemple.^{97,98} Il importe de redoubler de vigilance à l'égard des initiatives de l'industrie pour se soustraire à l'intention de la loi et des règlements dans ce domaine.^{99,100}

4.2.4 La réglementation de la vente au détail

Recommandations

13. Le gouvernement provincial devrait redoubler d'efforts pour dissuader les mineurs de fumer en Ontario en imposant, aux points de vente, l'affichage de mises en garde plus visibles et plus sérieuses contre l'usage des produits du tabac et une interdiction contre toute publicité pour ces produits.
14. Il devrait multiplier les ressources consacrées à l'exécution de la *Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac* et rendre les personnes ou organismes qui contrevenaient aux dispositions de cette loi passibles d'amendes ou d'autres sanctions plus sévères, comme par exemple l'obligation *dès la première infraction* pour le détaillant qui en est reconnu coupable d'afficher un avis à cet effet bien en vue au point de vente et de publier un avis prescrit, à ses frais, dans un journal local.
15. Il devrait modifier la *Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac* de sorte à faciliter la poursuite des personnes qui vendent du tabac de façon illicite et à empêcher les cours supérieures de réduire l'objet de la loi.
16. Il devrait prescrire le positionnement des produits du tabac hors de vue derrière des comptoirs aux points de vente.
17. Il devrait interdire la vente de tabac à chiquer et de tabac à priser.

4.2.3 Commercialisation : emballage, étiquetage et divulgation de renseignements

Recommandations

7. Le gouvernement de l'Ontario devrait prescrire l'emploi d'un emballage générique totalement dépourvu d'attrait en veillant à ne pas nuire au secteur de l'imprimerie et du conditionnement.

8. Il devrait exiger l'apposition d'un plus grand nombre de mises en garde contre l'usage du tabac et de renseignements relatifs à la composition des cigarettes ou autres produits du tabac sur leur emballage.

9. Il devrait exiger l'insertion de mises en garde contre l'usage du tabac dans les paquets de cigarettes ou autres produits du tabac.

10. Il devrait interdire l'étiquetage trompeur des paquets de cigarettes, et notamment les qualificatifs «légers» ou «douces».

11. Le gouvernement devrait obliger l'industrie du tabac à divulguer la composition des produits du tabac, y compris les additifs, ainsi que les composantes de leur fumée.

12. Le ministère de la Santé devrait se concerter avec d'autres gouvernements au Canada et aux États-Unis pour réduire le plus possible les lacunes de leurs lois et règlements d'application concernant l'emballage, la publicité et la promotion des produits du tabac.

Raisonnement

À l'heure actuelle, l'emballage des produits du tabac renforce l'image positive que les fabricants veulent donner de leur produits.⁸⁸ La recherche effectuée dans plusieurs domaines souligne la probabilité qu'un emballage générique sans aucun attrait puisse contribuer à diminuer le nombre de jeunes qui se mettent à fumer et à multiplier le nombre de jeunes et d'adultes qui renoncent au tabac.⁸⁹

Il est grand temps que le gouvernement et le public en général aient accès à de meilleurs renseignements sur les composantes toxiques et cancérogènes des produits du tabac. La lumière n'a jamais été entièrement faite sur la nature de ces composantes et leur effet sur la santé. Les mises en garde importantes ont une valeur éducative et elles parviennent à modifier les attitudes et les comportements.^{57,58} D'après des études récentes, l'emploi de qualificatifs tels que «légers» ou «douces» pour décrire des cigarettes induit le public en erreur en lui faisant croire que ces cigarettes sont moins nocives ou qu'elles contiennent moins de goudron et de nicotine.⁹⁰ En réalité, la quantité de goudron et de nicotine qui se

gouvernementales par le public, auquel elles peuvent expliquer la véritable nature des produits du tabac et des dangers qu'ils posent et fournir de nouveaux renseignements sur les tactiques peu scrupuleuses de l'industrie du tabac, entre autres celles de cibler les jeunes dans ses activités de commercialisation. Elles constituent de plus un moyen d'un excellent rapport coût-efficacité pour diffuser les messages de prévention.⁸⁴

Le gouvernement de l'Ontario aurait tort de penser qu'une campagne médiatique organisée par le gouvernement fédéral remplacerait ou puisse remplacer une campagne provinciale.

La meilleure façon d'éduquer le public sur les méfaits du tabac est de combiner des campagnes médiatiques provinciales et un renfort de programmes locaux.⁸⁵ Il existe en Ontario un excellent réseau de bureaux de santé publique et d'organismes communautaires qui s'intéressent à la lutte contre le tabagisme. Pour peu que le gouvernement lui accorde des ressources suffisantes et lui confie le mandat bien clair de promouvoir la renonciation au tabac, ce réseau pourrait très bien se charger de la mise en œuvre des programmes d'éducation ciblée nécessaires pour compléter une campagne médiatique à l'échelle de la province. Le ministère de la Santé peut aujourd'hui légalement financer la totalité des coûts des programmes de santé publique prioritaires, mais la lutte contre le tabagisme ne fait pas partie des programmes considérés prioritaires : il s'agirait de l'y inclure sans tarder.

L'école est un endroit parfait pour organiser des programmes de prévention du tabagisme axés sur les enfants et les adolescents. Il importe d'axer les efforts de prévention sur les enfants et les adolescents, car c'est à cet âge que la plupart des fumeurs ont commencé à fumer.⁴⁷ La recherche démontre que la meilleure façon d'assurer l'efficacité des programmes de prévention du tabagisme est de les présenter aux enfants d'un âge juste un peu inférieur à celui où la plupart des jeunes goûtent pour la première fois au tabac.^{46,77,86} et de les poursuivre jusqu'à la fin de leurs études secondaires. Autrement dit, les programmes de prévention dans les écoles doivent au minimum s'adresser aux élèves de la 6^e à la 12^e année. Il s'agit de les introduire auprès d'enfants plus jeunes encore dans les régions ou au sein de certains groupes où l'on a constaté que les premières expériences avec le tabac se font même plus tôt dans la vie.

Les programmes conçus pour les écoles sont d'autant plus efficaces qu'ils sont combinés avec des efforts communautaires portant sur tous les aspects de la lutte contre le tabagisme.⁸⁷ Pour être précis, les programmes scolaires organisés parallèlement à des programmes communautaires donnent de bien meilleurs résultats à long terme que les programmes scolaires à eux seuls.^{47,78,80}

partout au Canada, l'acquiescement des taxes est confirmé par la présence sur l'emballage de cellophane des paquets de cigarettes d'une languette colorée qui se déchire lorsqu'on ouvre les paquets. Les contrebandiers n'ont aucun mal à falsifier cette languette et à réemballer les paquets. La nouvelle technologie permettrait aujourd'hui d'apposer à même les paquets de cigarettes des marques d'acquiescement des taxes, déguisées ou non, qui seraient beaucoup plus difficiles à falsifier et qui seraient un dissuasif de plus à la contrebande. De nouvelles données recueillies au Michigan prouvent que de telles marques d'acquiescement des taxes peuvent éliminer la contrebande. En 1998, le gouvernement de l'Etat du Michigan a recouvré 46 millions de dollars de taxes grâce à cette stratégie.⁷⁶

4.2.2 L'éducation du public dans les médias et les écoles

Recommandations

4. Le gouvernement de l'Ontario devrait organiser une vaste campagne par l'intermédiaire des médias et d'organismes communautaires visant à :
 - éduquer le public sur les véritables risques que présente l'usage du tabac,
 - sensibiliser le public aux pratiques trompeuses et manipulatoires de l'industrie du tabac et au fait qu'elles ciblent les jeunes,
 - renforcer l'appui par le public d'une hausse du prix des cigarettes et d'autres mesures de réglementation de l'usage du tabac.

5. Il devrait concevoir et mettre en œuvre des programmes de prévention massifs dans les écoles de l'Ontario, dans les classes de 6^e à 12^e année, voire dans les plus petites classes là où des élèves goûtent au tabac plus jeunes encore et en suivre l'exécution.

6. Il devrait accorder un financement aux collectivités pour les aider à concevoir et à mettre en œuvre des programmes d'éducation du public en complément des efforts de prévention du tabagisme organisés dans le cadre des programmes scolaires.

Raisonnement:

Le faible prix et l'omniprésence des produits du tabac transmettent des messages trompeurs aux Ontariennes et aux Ontariens de tous âges.

Les campagnes d'éducation du public dans les médias peuvent contre ces messages qui poussent à l'usage du tabac. Les leçons tirées de diverses expériences ailleurs qu'en Ontario montrent que les campagnes dans les médias sont un élément indispensable à une stratégie antitabac globale et efficace.^{47,77-83} Ces campagnes consolident l'appui des mesures

Aussi faible que soit le risque de contrebande, il est possible de le minimiser davantage en modifiant les marques d'acquiescement des taxes sur les paquets de cigarettes. Présentement,

Il est évident que les fabricants de cigarettes canadiens ont largement contribué au problème de contrebande qui a sévi entre 1992 et 1994. Durant cette période, ils ont en effet exporté de vastes quantités de cigarettes canadiennes vers les États-Unis, malgré l'absence de débouchés légitimes. Ces cigarettes sont ensuite revenues au Canada par les voies de la contrebande, de qui a créé la «crise» à l'origine des réductions de taxes intervenues en 1994. Récemment, une filiale de RJR MacDonald a été reconnue coupable de fraude fiscale aux États-Unis à cause de sa complicité avec un réseau qui faisait transiter des cigarettes canadiennes par l'État de New-York avant de les ramener au Canada. Les autorités américaines et canadiennes poursuivent leur enquête sur cette affaire.

- L'incorporation sur les paquets de cigarettes vendus en Ontario de marques d'acquiescement de taxes difficiles à falsifier faciliterait l'identification des produits de contrebande.
- Même un bon énorme du prix des cigarettes en Ontario n'inciterait pas les contrebandiers à introduire des produits illégaux dans la province. Au Canada, la contrebande de cigarettes est de nos jours presque exclusivement interprovinciale, les cigarettes étant clandestinement exportées de l'Ontario et du Québec vers d'autres provinces où elles sont plus chères. Un relèvement du prix des cigarettes en Ontario et au Québec éliminera ce flux de contrebande.
- Les cigarettes coûtent aujourd'hui beaucoup plus cher dans les États américains frontaliers qu'en Ontario et le budget du président Clinton pour l'exercice 1999 devrait entraîner de nouvelles hausses de leur prix, en plus des augmentations prévues séparément par différents États.

Les gouvernements et les médias évoquent souvent le risque de contrebande comme raison pour ne pas relever la taxe sur le tabac. Or, ce risque de contrebande est présentement presque nul, vu que :

Le prix des cigarettes en Ontario en février 1999 est nettement inférieur à celui pratiqué dans les provinces ou les États avoisinants, exception faite du Québec. Les cigarettes ne sont que marginalement moins chères en Ontario qu'au Québec.

Le relèvement du prix des cigarettes est indispensable à la réduction et à la prévention du tabagisme chez les jeunes, comme le prouvent plusieurs décennies de recherches.^{47,56,64-75} Les jeunes sont beaucoup plus sensibles au prix des cigarettes que les adultes, en ce sens que toute hausse de prix renforce la probabilité de leur résistance ou de leur renonciation au tabac, ou du moins d'une réduction de leur consommation de cigarettes.

Raisonnement

appuient chacun de ces trois grands objectifs. La mise en œuvre de bon nombre de ces recommandations contribuera à l'atteinte de plusieurs objectifs : le relèvement du prix du tabac⁵⁶ par exemple et l'agrandissement des mises en garde sur les paquets de cigarettes^{57,58} dissuaderont les jeunes de commencer à fumer et encourageront les fumeurs à renoncer au tabac. Pareillement, la multiplication des interdictions de fumer protège les non fumeurs de la fumée secondaire et crée un environnement qui encourage les fumeurs à renoncer au tabac.⁵⁹⁻⁶³

Pour être efficace, la Stratégie antitabac de l'Ontario doit reposer sur un contexte de politiques et de programmes cohérents qui se complètent et qui ne diffusent pas de messages contradictoires à propos du tabagisme. Le Comité d'experts en a tenu compte dans ses recommandations. Chaque série de recommandations est suivie d'un résumé du raisonnement qui s'y rapporte.

4.2 La prévention

Cet objectif général de la stratégie consiste principalement à dissuader les personnes qui ne fument pas, en particulier les enfants et les adolescents, de commencer à fumer. Pour être efficace, un programme de prévention global doit porter sur le prix du tabac, l'accès à des renseignements sur les produits du tabac, la promotion et l'emballage, la vente du détail, notamment la vente aux mineurs, l'éducation du public par l'intermédiaire des médias et la sensibilisation des élèves dans les écoles.

4.2.1 Le prix

Recommandations

1. Face aux hausses de prix intervenues aux États-Unis et à la taxe canadienne sur les exportations, le gouvernement devrait relever le prix du tabac en Ontario et le maintenir à un niveau au moins comparable aux prix pratiqués dans les provinces et les États avoisinants.
2. Le gouvernement de l'Ontario devrait immédiatement et vigoureusement faire pression sur le gouvernement fédéral et le gouvernement du Québec pour obtenir une hausse similaire du prix du tabac au Québec, afin d'éviter la contrebande interprovinciale.
3. Le gouvernement devrait modifier les dispositions législatives existantes de sorte à prescrire l'incorporation de marques d'acquiescement de taxes sur les paquets de cigarettes vendus en Ontario.

programmes, recommandant par exemple que celui-ci se situe entre 4,51 \$U.S. et 14,99 \$ U.S. par personne dans un État comptant 10 millions d'habitants.³⁸

La réussite des programmes donnés en exemple ci-dessus s'explique par six de leurs caractéristiques communes :

- Ces programmes disposaient d'un **financement suffisant**. Contre la capacité de la nicotine à créer une dépendance et l'omniprésence de l'industrie du tabac et de ses efforts pour promouvoir ses produits n'est possible qu'avec de gros investissements dans une stratégie globale et pluriannuelle.

- Ils ont fait appel à des **stratégies variées** conçues pour dissuader les jeunes de se mettre à fumer, protéger le public contre l'exposition à la fumée secondaire et enfin inciter et aider les personnes qui fument à renoncer au tabac. Ces stratégies incluaient la promotion et la mise en œuvre de la politique de lutte contre le tabagisme, l'exécution des lois antitabac, les activités d'éducation dans les écoles et la collectivité et enfin des services pour faciliter la renonciation au tabac.

- Ils comprenaient une vaste **campagne dans les médias** pour informer le public et modifier son attitude vis-à-vis du tabagisme.

- Ils prévoyaient plusieurs **initiatives à l'échelle de l'État** (comme par exemple une ligne téléphonique de soutien aux personnes désirant renoncer au tabac), de même que de nombreuses **initiatives communautaires** visant le public à la maison, au travail, à l'école ou encore dans des lieux récréatifs et ailleurs dans la collectivité.

- Ils comportaient une **assistance technique** et d'autres **mécanismes de soutien** visant à augmenter le nombre de professionnels et de groupes communautaires s'occupant de l'exécution de la réglementation de l'usage du tabac et à relever leur compétence.

- Pour terminer, ils incluaient des moyens de **recherche, suivi et évaluation** permettant de mesurer les progrès accomplis grâce au programme de lutte contre le tabagisme et d'y apporter au fil du temps des modifications judicieuses.

Les États d'Arizona, de Floride, du Maine, du Minnesota et de Utah, de même que la Colombie-britannique ont décidé de suivre l'exemple des États précités et d'instaurer leur propre stratégie antitabac globale. S'appuyant lui aussi sur ces exemples, le Comité d'experts recommande au gouvernement provincial une série de mesures pour renforcer et maintenir la nouvelle Stratégie antitabac de l'Ontario et faire en sorte qu'elle englobe bien tous les aspects du problème.

Ces recommandations sont présentées ci-après suivant qu'elles portent sur **la prévention, la protection** ou la **renonciation**, sauf en ce qui a trait aux mesures touchant les médias, qui

Les évaluations faites jusqu'à ce jour montrent que l'adoption de mesures globales porte ses fruits.

Pour être plus précis :

- En Californie, la consommation de tabac par personne a baissé de 33 pour 100 entre 1989 et 1993, soit bien plus qu'ailleurs aux États-Unis;⁴⁰
- Au Massachusetts, la consommation de tabac par personne a baissé de 31 pour 100 entre 1992 et 1997, comparé à une baisse nationale de 7 pour 100;³⁹
- En Oregon, la consommation de tabac par personne a baissé de 11 pour 100 dans les deux années qui ont suivi la mise en place d'un programme global de lutte contre le tabagisme en 1996, alors qu'elle avait augmenté de 2 pour 100 entre 1993 et 1996.⁴¹

Le déclin de l'usage du tabac en Oregon, en Californie et au Massachusetts prouve qu'un programme antitabac global doté d'un financement suffisant peut rapidement et substantiellement réduire l'usage du tabac.

Le Massachusetts a obtenu d'autres résultats importants grâce à son programme, à savoir :

- une réduction de 20 pour 100 sur 3 ans du nombre de cigarettes fumées par les personnes qui ont continué à fumer;³⁹
- une réduction de 23 pour 100 sur 3 ans du nombre de personnes exposées à la fumée secondaire sur leur lieu de travail;³⁹

- une conformité nettement accrue (passée de 52 pour 100 à 92 pour 100 en trois ans) aux dispositions législatives concernant la fourniture ou la vente de tabac aux mineurs.³⁹

L'expérience californienne confirme l'importance de mesures et d'un financement soutenu. Alors même qu'il augmentait ailleurs au pays, le taux de tabagisme juvénile en Californie est resté stable de 1990 à 1993 à environ 9 pour 100; ceci étant dit, il a grimpé à presque 12 pour 100 en 1996. Le taux de tabagisme des adultes quant à lui est resté inchangé entre 1993 et 1996 après une période de déclin. Ce renversement de tendance dans l'un et l'autre de ces deux groupes est sans doute dû à l'effet conjugué des coupures effectuées par le gouvernement dans le financement du programme antitabac et d'un regain des activités de l'industrie du tabac en matière de publicité, de promotion, de tarification et de politique.⁴⁰

Ces succès ont incité le United States Centre for Disease Control and Prevention à recommander que chaque État américain adopte et maintienne un programme global de lutte contre le tabagisme basé sur des partenariats avec des organismes communautaires. Le Centre est allé jusqu'à publier des lignes directrices relatives au financement de ces

- Les fournisseurs de soins de santé peuvent compter sur un appui suffisant dans leurs efforts pour aider des fumeurs à renoncer au tabac;
- des travaux de recherche continus permettent de suivre, d'évaluer et d'améliorer la mise en œuvre des mesures de lutte contre le tabagisme.

4.0 L'ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE EFFICACE

4.1 La clé de la réussite : des mesures globales

Nous disposons de preuves irréfutables qu'un programme global de lutte contre le tabagisme, *pour peu que son financement soit suffisant pour en assurer la mise en œuvre*, pourrait effectivement dissuader les personnes qui n'ont jamais fumé de s'y mettre, protéger les Ontariennes et les Ontariens de la fumée secondaire et augmenter le taux de renonciation au tabac. Quantité de recherches soulignent la nécessité d'adopter un tel programme.⁴⁵⁻⁵² Les mesures fragmentaires ne visant que quelques segments de la population, tels que les femmes ou les jeunes, ou ne portant que sur certains aspects de la réglementation de l'usage du tabac, par exemple l'interdiction de vendre des cigarettes aux mineurs, ne donnent que des résultats insignifiants.

Les résultats obtenus grâce à l'adoption de mesures antitabac globales au Massachusetts³⁹, en Californie⁴⁰ et en Oregon⁴¹ ne laissent guère de doute sur le fait que la mise en place d'un programme global est non seulement possible, mais efficace.⁵³⁻⁵⁵

L'État du Massachusetts a lancé son programme global de lutte contre le tabagisme en 1993. Il comportait des mesures législatives, des mesures d'exécution, des hausses de prix, des campagnes dans les médias et le financement de programmes mis sur pied par les conseils de santé communautaires et scolaires et d'autres programmes axés sur les jeunes. Le programme global mis en place en Californie des 1989 comporte lui aussi des mesures législatives et des mesures d'exécution, des hausses de prix et des campagnes dans les médias. S'ajoutent à cela, d'une part, l'octroi de subventions aux organismes de santé locaux pour les aider à surveiller le respect des interdictions de fumer et à fournir un appui technique aux organismes qui en ont besoin pour se conformer à la réglementation de l'usage du tabac et, d'autre part, le financement de programmes communautaires et de programmes de prévention renforcés dans les écoles. Le programme adopté en Oregon en 1996, entièrement financé grâce à une hausse des taxes sur le tabac, comporte la création de coalitions communautaires de prévention du tabagisme dans chaque comté, une campagne de sensibilisation et d'éducation du public à l'échelle de l'État, de vastes programmes scolaires, des programmes tribaux de prévention du tabagisme, des activités multiculturelles d'approche et d'éducation, le soutien téléphonique des personnes qui veulent renoncer au tabac, et enfin l'évaluation des nouvelles mesures de prévention ou de réduction de l'usage

3.3 Une vision pour l'Ontario

Le Comité d'experts a toutefois une vision pour un Ontario sans fumée. Cette vision est basée sur les éléments de preuve aujourd'hui abondants selon lesquels il est possible de faire de gros progrès vers l'élimination du tabac de notre société pour peu que l'on y consacre les moyens suffisants en quantité, en qualité et en durée.

Les quelques points qui suivent résument notre vision d'un Ontario sans fumée :

- le public saisit bien l'envergure des méfaits du tabac;
- les responsables de l'action gouvernementale reconnaissent que les produits du tabac sont nocifs et qu'ils créent une dépendance et les réglementent en conséquence;
- l'industrie du tabac assume la totalité des coûts engendrés par les méfaits de ses produits;
- un relèvement substantiel des prix dissuade les personnes qui n'ont jamais fumé de commencer à le faire, réduit la quantité que les fumeurs fument et incite de plus en plus de personnes à renoncer au tabac;
- l'accès des jeunes gens aux produits du tabac est très limité, d'une part à cause du prix élevé de ces produits et d'autre part à cause d'une stricte réglementation de leur vente;
- il n'existe aucune promotion directe ou indirecte des produits du tabac;
- il est interdit de fumer dans tous les lieux publics;
- il est interdit de fumer dans tous les lieux de travail;
- les parents ont conscience des dangers que la fumée secondaire présente pour les enfants;
- les enfants ne sont pas exposés à la fumée secondaire;
- les femmes enceintes ne fument pas et ne sont pas exposées à la fumée secondaire;
- les enfants participent tous à des programmes de prévention du tabagisme dans leur école ou dans la collectivité;
- les personnes qui fument ont accès à des renseignements complets et à toute une gamme de services qui les aident et les encouragent à renoncer au tabac;

intégrés d'initiatives provinciales et communautaires visant à atteindre les membres de divers groupes définis à l'aide d'une variété de démarches et à partir de divers lieux d'exécution.

Établis en 1992, les objectifs de la Stratégie et leurs années cibles de réalisation étaient directement basés sur les objectifs précis et les buts spécifiques énoncés par le Conseil du premier ministre sur la santé,⁴⁴ qui prenaient, eux, appui sur le profil des fumeurs parmi la population active que Santé Canada avait incorporé dans l'examen du tabagisme au Canada lors de son Enquête nationale sur la santé de la population. Ces objectifs (repris au tableau 1) étaient de bannir le tabac de l'ensemble des écoles, des lieux de travail et des lieux publics, de faire en sorte que le tabac ne soit plus vendu aux mineurs, de réduire globalement la vente de tabac, d'abaisser considérablement la proportion de jeunes et d'adultes qui fument et de mettre fin à la consommation de tabac par les femmes enceintes.

Les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires entrées en vigueur en Ontario en janvier 1998 ne font que reprendre les objectifs initiaux de la Stratégie concernant la prévalence du tabagisme et la création d'espaces sans fumée, mais avec des délais de réalisation allongés, auxquels elles ajoutent deux nouveaux objectifs, l'un relatif à la réduction du nombre de détaillants qui contreviennent à la loi et l'autre relatif à la multiplication des foyers sans fumée. Le gouvernement n'a toutefois guère consulté les intervenants dans le secteur de santé avant d'établir ces nouveaux objectifs. Ses autres omissions majeures ont été l'adoption de nouvelles mesures législatives, l'élaboration de nouvelles politiques ou la création de nouveaux programmes et l'affectation de nouveaux crédits en vue de la réalisation de ces objectifs.

3.2 Serais-il bon de revoir les objectifs précis et les buts spécifiques?

La ministre de la Santé a demandé au Comité d'experts sur la relance de la Stratégie antitabac de l'Ontario de se pencher sur les objectifs précis et les buts spécifiques de la Stratégie et de lui recommander d'éventuels changements. Bien que les *buts généraux* à savoir la *prévention*, la *protection* et la *renonciation* restent valables, le Comité estime que l'établissement d'objectifs précis et de buts spécifiques sans garanties relatives à la mise en place de l'infrastructure indispensable à leur réalisation ne rimerait à rien. Pire encore, cela ne ferait qu'induire la ministre et le public en erreur en laissant croire que ces objectifs et buts sont réalisables, alors que sans les outils et les ressources nécessaires pour les réaliser, fort peu de progrès dans ce sens seraient possibles.

Le Comité d'experts n'a donc *pas* révisé les objectifs précis ni les buts spécifiques de la Stratégie. L'étayage crucial préalable à tout effort dans ce sens serait un engagement solide du gouvernement à l'égard de l'adoption de mesures législatives et réglementaires et d'une dotation continue sur plusieurs années en argent et en personnel. Faute de cet étayage, la formulation de nouveaux objectifs consisterait à prendre des désirs pour des réalités.

proportionnellement à la récente hausse annoncée par le gouvernement fédéral.»³⁷ Le gouvernement n'a pas tenu cet engagement. La hausse de la taxe sur le tabac instaurée par le gouvernement fédéral en février 1995 n'a été suivie d'aucun relèvement de la taxe sur le tabac provinciale, et rien ne porte à croire que le gouvernement Harris est intervenu auprès du gouvernement fédéral ou du gouvernement québécois pour convenir de hausses additionnelles.

- **Le gouvernement n'a pas renforcé la réglementation de l'usage du tabac.** Aucune des modifications nécessaires pour venir à bout des problèmes que le tabagisme pose sur les lieux de travail et dans les lieux publics n'a été apportée à la Loi limitant l'usage du tabac dans les lieux de travail ni à la Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac.

- **Le gouvernement n'a adopté aucune nouvelle mesure antitabac.** Pourtant, il faudra adopter de nouvelles tactiques pour faire front à la puissante influence de l'industrie du tabac et de ses produits qui créent une dépendance.

De toute évidence, une relance de la Stratégie antitabac de l'Ontario s'impose, et d'urgence.

3.0 LA RELANCE DE LA STRATÉGIE ANTITABAC DE L'ONTARIO

3.1 Les buts de la Stratégie

Dès le départ, la Stratégie antitabac de l'Ontario visait trois grands buts : la prévention, la protection et la renonciation.⁴² Ces buts étaient plus exactement les suivants :

- la prévention de l'usage du tabac, notamment chez les enfants et les adolescents,
- la protection contre l'exposition à la fumée de tabac ambiante, appelée aussi fumée secondaire,
- l'aide à la renonciation au tabac.

Il n'y a pas lieu de changer ces buts. Ils sont fondés sur la preuve de ce qu'une stratégie antitabac doit accomplir et reflètent donc bien sa raison d'être.

La conception initiale de la Stratégie antitabac de l'Ontario reflétait l'état de la science à cette époque.⁴³ Elle tenait compte du fait qu'il n'y a pas de solutions faciles aux problèmes que pose l'usage du tabac et que la réduction du tabagisme est un véritable tour de force. Cela explique que la Stratégie antitabac de l'Ontario ait pris la forme d'un programme

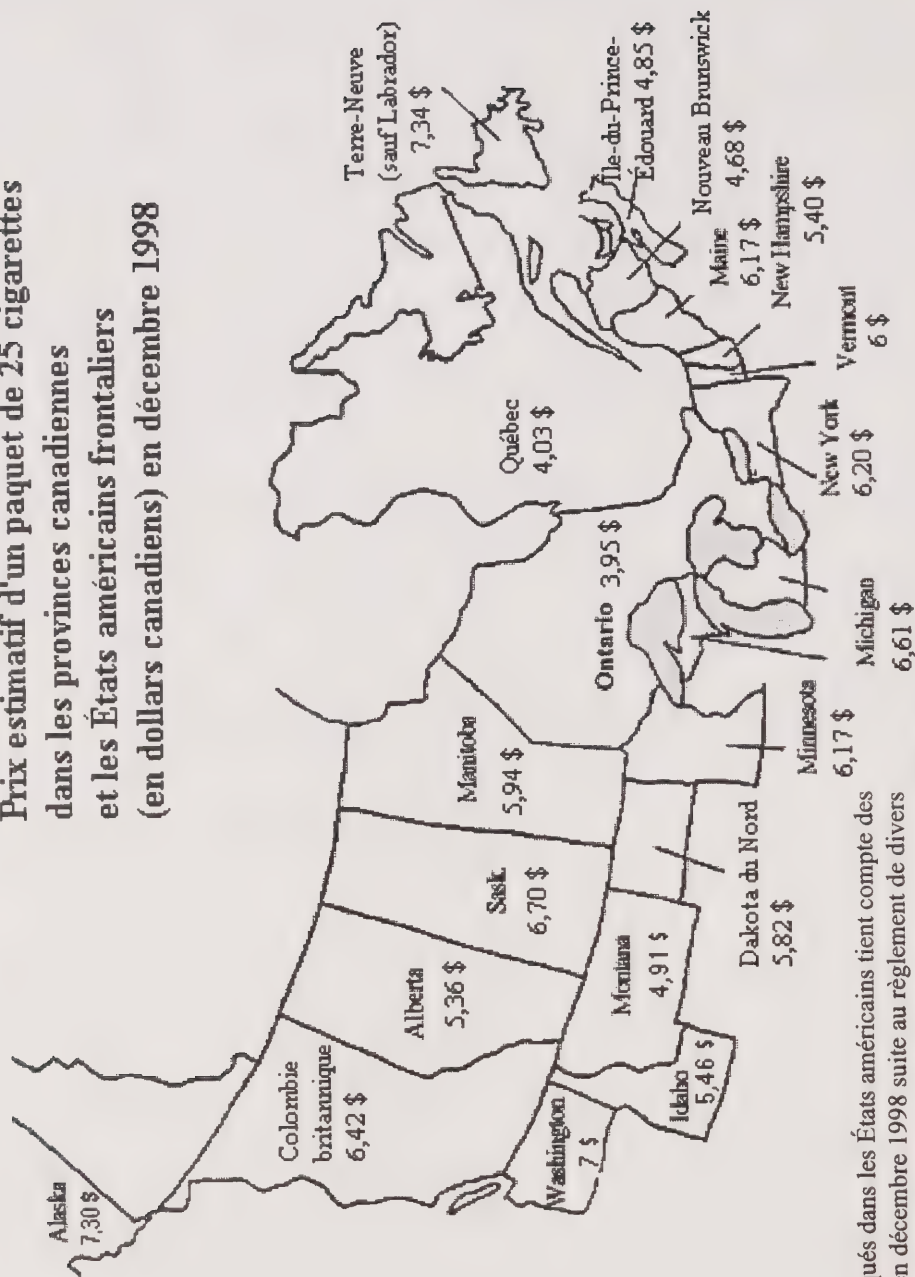
- De nouvelles mesures législatives permettent au ministère de la Santé de financer à 100 pour 100 les programmes de santé publique prioritaires, mais la lutte contre le tabagisme ne fait pas partie des programmes considérés prioritaires.
 - Suite au remaniement des services locaux, le gouvernement de l'Ontario a presque éliminé la contribution financière du ministère de la Santé à l'administration de la *Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac* et aux programmes de prévention du tabagisme mis sur pied par les bureaux de santé publique à l'échelle locale.
 - Les inculpations pour fourniture ou vente de tabac aux mineurs en contravention de la *Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac* ont baissé de 20 pour 100 entre 1997 et 1998. Les détaillants prêts à vendre du tabac aux mineurs sont passés de 26 pour 100 en 1996 à 31 pour 100 en 1997.¹⁸
- Cet échec de la lutte contre le tabagisme en Ontario n'a rien d'étonnant. En voici quelques-unes des raisons :

- ***Le gouvernement de l'Ontario a rogné son allocation budgétaire pour la lutte contre le tabagisme.*** Le financement de la Stratégie antitabac de l'Ontario pour l'exercice 1998-1999 est d'environ 4 millions de dollars. Cela correspond à moins de 25 pour 100 de l'enveloppe budgétaire qui lui avait été affectée lorsqu'elle battait son plein, en 1994-1995. Le montant que le gouvernement provincial dépense présentement pour la lutte contre le tabagisme (environ 36 cents par personne), loin d'être suffisant pour obtenir de véritables résultats³⁸, est bien inférieur aux crédits qu'y consacrent d'autres gouvernements qui ont réussi à sérieusement freiner l'usage du tabac, comme par exemple ceux du Massachusetts,³⁹ de Californie⁴⁰ et de l'Oregon.⁴¹ Au Massachusetts, par exemple, ces crédits représentaient environ 9 dollars par personne pour l'exercice 1997.³⁹

- ***Le gouvernement a abandonné sa campagne provinciale d'éducation du public dans les médias.*** Cette campagne, axée sur les jeunes, était un élément clef de sa lutte contre le tabagisme.

- ***Le gouvernement a manqué à ses engagements de fond en faveur de la lutte antitabac.*** Les taxes sur le tabac, radicalement réduites en 1994 par le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial de l'époque, n'ont guère été relevées depuis. Dans une lettre qu'il adressait le 20 avril 1995 au président de la Campagne ontarienne d'action contre le tabac, le premier ministre Harris notait que s'il était opposé à une hausse unilatérale de la taxe provinciale sur le tabac [TRANSDUCTION] « nous sommes toutefois bien déterminés à collaborer avec d'autres gouvernements provinciaux, avec le gouvernement fédéral et avec nos partenaires américains pour mettre au point une politique fiscale harmonisée et un protocole d'imposition commun. C'est ainsi qu'un gouvernement Harris respectera l'engagement pris de fraîche date par le gouvernement actuel de relever la taxe sur le tabac

**FIGURE 5 : Cherchez l'erreur...
Prix estimatif d'un paquet de 25 cigarettes
dans les provinces canadiennes
et les États américains frontaliers
(en dollars canadiens) en décembre 1998**



Nota :

L'estimation des prix pratiqués dans les États américains tient compte des hausses intervenues jusqu'en décembre 1998 suite au règlement de divers procès. Le budget américain pour l'exercice 1999 devrait entraîner de nouvelles hausses du prix des cigarettes aux États-Unis, en plus des augmentations prévues séparément par différents États.

La conversion des prix en devise canadienne est basée sur le taux de change au 27 novembre, date à laquelle le dollar canadien valait 0,6514 dollar américain. Ces prix incluent toutes les taxes perçues par les États, les provinces et le gouvernement fédéral, mais n'incluent pas les taxes locales américaines sur la vente et sur le tabac.

Source : Fondation pour la lutte contre le tabac

TABLEAU 1. LES RÉSULTATS DE LA STRATÉGIE DE LUTTE ANTITABAC DE L'ONTARIO (SATO)

OBJECTIFS DE LA SATO	Années cibles	SITUATION EN 1997-1998
Faire en sorte que le tabac soit banni de l'ensemble des écoles, des lieux de travail et des lieux publics	1995	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des écoles sont des lieux sans fumée. Il n'existe pas de législation efficace d'envergure provinciale concernant la réglementation de l'usage du tabac sur les lieux de travail. Certaines municipalités ont restreint l'usage du tabac sur les lieux de travail et dans les lieux publics.
Faire en sorte que le tabac ne soit plus vendu aux personnes de moins de 19 ans	1995	<ul style="list-style-type: none"> La <i>Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac</i> interdit la vente ou fourniture de tabac aux personnes de moins de 19 ans. L'exécution de la loi est inadéquate. 31 pour 100 des détaillants étaient prêts à vendre à des mineurs en 1997, alors qu'ils n'étaient que 26 pour 100 en 1996. 5 pour 100 de tous les détaillants ont été inculpés pour infraction à la loi en 1997. Moins de la moitié de jeunes de moins de 19 ans qui fument ont déjà dû présenter une pièce d'identité pour acheter des cigarettes.
Réduire la vente de tabac d'au moins 50 pour 100	2000	<ul style="list-style-type: none"> 18,6 milliards de cigarettes vendues en 1997, par rapport à 14,3 milliards en 1992.
Abaisser à 10 pour 100 la proportion de jeunes de 12 à 19 ans qui fument	2000	<ul style="list-style-type: none"> Les cigarettes restent meilleur marché en Ontario que partout ailleurs au Canada ou dans les États américains frontaliers. La <i>Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac</i> interdit la vente de cigarettes dans des distributeurs automatiques ou des paquets de format réduit. Il existe un ensemble disparate de programmes de prévention et de formation scolaires et communautaires. 28 pour 100 des élèves de 7^e à 13^e année ont fumé plus d'une cigarette au cours des douze derniers mois. 19 pour 100 des élèves de 7^e à 13^e année fument.
Abaisser à 15 pour 100 la proportion d'adultes âgés de 20 ans ou plus qui fument	2000	<ul style="list-style-type: none"> Les cigarettes restent meilleur marché en Ontario que partout ailleurs au Canada ou dans les États américains frontaliers. Il existe un ensemble disparate de programmes de prévention et de formation communautaires. 29 pour 100 des hommes et 24 pour 100 des femmes de 18 ans et plus fument. La consommation quotidienne de cigarettes reste inchangée.
Mettre fin à la consommation de tabac par les femmes enceintes	2000	<ul style="list-style-type: none"> 16 à 23 pour 100 des femmes enceintes fument régulièrement.

Pour être plus précis :

- 46 pour 100 des Ontariennes et des Ontariens pensent que la consommation d'alcool et l'ivresse au volant sont responsables d'autant de décès que l'usage du tabac, sinon plus. En fait, le tabac tue environ 5 fois plus de personnes que l'alcool;¹

- près de 3 personnes sur 10 pensent que le sida est responsable d'autant de décès que l'usage du tabac, sinon plus. En fait, le tabac tue environ 20 fois plus de personnes en Ontario que le sida;²

- 2 femmes sur trois croient que le cancer du sein tue plus de femmes que le cancer du poumon. En fait, le cancer du poumon a supplanté celui du sein comme le cancer le plus mortel parmi les Ontariennes depuis 1996.

John Wright, vice-président du groupe Angus Reid, voit dans ces données la preuve que les Ontariennes et les Ontariens «ont des idées bien arrêtées» sur le tabagisme.

2.4 Les motifs de l'échec de la lutte contre le tabagisme en Ontario

D'après la preuve disponible, la lutte contre le tabagisme en Ontario n'a jusqu'ici pas donné les résultats escomptés.

Pour être plus précis :

- en-dehors du fait qu'il est aujourd'hui interdit de fumer dans la plupart des écoles de l'Ontario, la Stratégie antitabac de l'Ontario n'a atteint aucun de ses autres objectifs ou ne sera pas en mesure de les atteindre dans les délais prévus (voir le tableau 1);¹⁸

- les cigarettes sont meilleur marché en Ontario que partout ailleurs au Canada ou dans les États américains frontaliers (voir la figure 5);¹⁸

- le gouvernement de l'Ontario consacre environ 36 cents par personne à la lutte contre le tabagisme, soit à peine 5 pour 100 du montant qui serait nécessaire pour mettre en place un programme antitabac efficace;³⁸

- le gouvernement de l'Ontario n'a adopté aucune nouvelle mesure législative pour mettre un frein au tabagisme depuis la *Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac*;

- le gouvernement de l'Ontario a abandonné sa campagne médiatique d'éducation du public à l'échelle de la province.

l'exposition à la fumée secondaire, d'assurer l'éducation du public en général par l'intermédiaire des médias et des élèves en particulier par l'intermédiaire de programmes scolaires et enfin d'accorder une aide aux personnes qui essaient de renoncer au tabac. Dans une lettre qu'il adressait le 20 avril 1995 au président de la Campagne ontarienne d'action contre le tabac, le premier ministre notait [TRADUCTION] «un gouvernement Harris ne manquera pas de poursuivre les efforts de réduction de l'usage du tabac des divers volets de la stratégie antitabac actuelle que sont l'éducation, l'action communautaire et l'adoption de mesures législatives.»³⁷

Le gouvernement provincial a essentiellement le choix entre une population en santé et une industrie du tabac mal réglementée.

2.3 La population de l'Ontario appuie une plus stricte réglementation

Le gouvernement ne peut agir pour mieux réglementer l'usage du tabac qu'à condition de pouvoir compter sur l'appui du public. Or, il ressort clairement des sondages de l'opinion publique que les Ontariennes et les Ontariens, quelles que soient leur affiliation politique ou leur situation économique, sont tout à fait favorables à ce que le gouvernement intervienne pour mieux réglementer les produits du tabac, notamment pour mieux protéger la jeunesse. Un sondage effectué par Angus Reid en octobre 1998³⁸ révèle que :

- plus de 9 personnes sur 10 en Ontario souhaitent des lieux de travail sans fumée;
- près de 9 personnes sur 10 approuvent l'interdiction de fumer dans des lieux publics tels que les arénas et les centres d'achat;
- plus de 9 personnes sur 10 veulent que le gouvernement provincial trouve moyen de dissuader les jeunes gens de fumer;
- 8 personnes sur 10 sont favorables à une taxe de 25 ¢ par paquet de cigarettes pour financer les programmes de lutte contre le tabagisme;
- près de 7 personnes sur 10 estiment qu'il faudrait réduire les points de vente du tabac;
- plus de 7 personnes sur 10 sont favorables à une interdiction de fumer totale dans les restaurants.

Ces chiffres sont d'autant plus remarquables que les réponses recueillies lors de ce sondage montrent par ailleurs que les Ontariennes et les Ontariens sous-estiment la véritable étendue et gravité de l'épidémie de tabagisme.

- Quantité d'Ontariennes et d'Ontariens continuent à être exposés à la fumée secondaire au travail et dans les lieux publics.

- La fumée est présente dans la plupart des foyers ontariens dont un occupant ou une occupante fume.²⁰ Plus de 400 000 enfants respirent de la fumée secondaire à la maison jour après jour.¹⁸

2.2 L'action gouvernementale est impérative

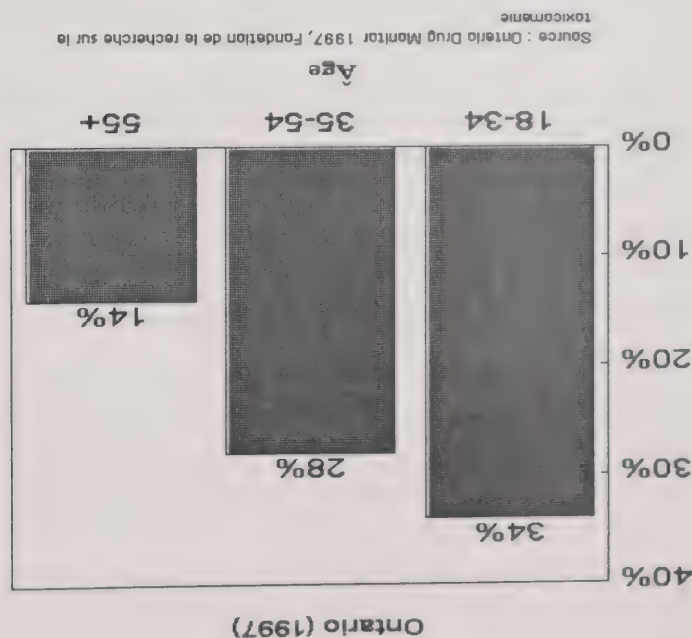
Les produits du tabac ne sont pas des produits de consommation «ordinaires». Ils créent une dépendance, causent des maladies et entraînent la mort chez des personnes qui les utilisent exactement comme leurs fabricants l'ont prévu. Les cigarettes, qui sont de loin le produit du tabac le plus populaire, tuent la moitié des personnes qui les fument à long terme.²¹ La légalité de longue date de la vente des produits du tabac leur a permis de pénétrer les moindres recoins du marché provincial. Après l'interdiction de la publicité directe pour le tabac dans les médias, les fabricants de cigarettes se sont rabattus, avec grand succès, sur la publicité de commandite, la publicité au point de vente et la distribution d'articles promotionnels, faisant parallèlement campagne pour obtenir une baisse des taxes sur le tabac en vue de préserver leur part de marché.

Le seul moyen de contrer cette pénétration totale du marché provincial par les produits du tabac, si nuisible à la santé publique et à l'économie de la province, est d'adopter une démarche législative et fiscale concertée, exécutée par l'intermédiaire d'un programme spécial. S'il est entendu que des mesures devront être prises à l'échelle locale, seul le gouvernement provincial est à même de planifier et lancer une campagne à l'échelle de la province et d'en exécuter certains éléments.

Il est d'autant plus important que le gouvernement provincial agisse que l'on ne peut guère compter sur l'industrie du tabac pour assumer quelque responsabilité sociale que ce soit. Des documents internes des fabricants de cigarettes, rendus publics à l'issue d'instances judiciaires, révèlent que l'industrie du tabac a sciemment trompé le public sur les méfaits de ses produits et axé ses efforts de commercialisation sur les jeunes.²²⁻²⁵ En 1998, une société affiliée à l'industrie du tabac a été reconnue coupable de complicité dans une affaire de contrebande de cigarettes entre le Canada et les États-Unis. Des documents provenant de sociétés mères américaines et internationales de fabricants de cigarettes canadiens confirment que l'industrie du tabac a manipulé les taux de nicotine de ses produits^{26,27} et disséminé des renseignements faux ou trompeurs concernant les effets sur la santé de la fumée secondaire.²⁸⁻³⁶ Plusieurs sociétés américaines étroitement liées à des fabricants de cigarettes canadiens font présentement l'objet d'enquêtes criminelles aux États-Unis.

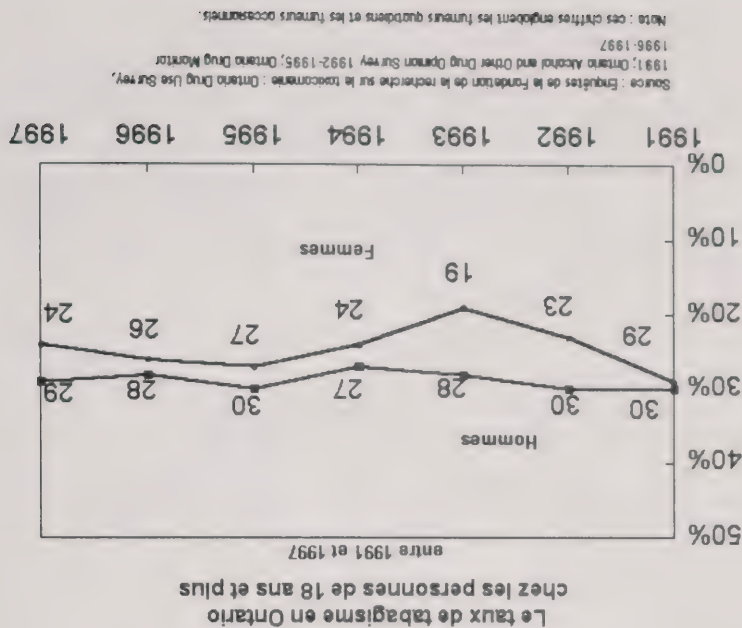
Le gouvernement de l'Ontario a le pouvoir et la capacité de régler le prix des produits du tabac, quantité d'aspects de leur commercialisation et de leur promotion et

FIGURE 3 Les jeunes adultes fument le plus



- Plus du quart de la population adulte, autrement dit des personnes âgées de 18 ans ou plus, fument en Ontario — la proportion de fumeurs est de 29 pour 100 chez les hommes et de 24 pour 100.¹⁸

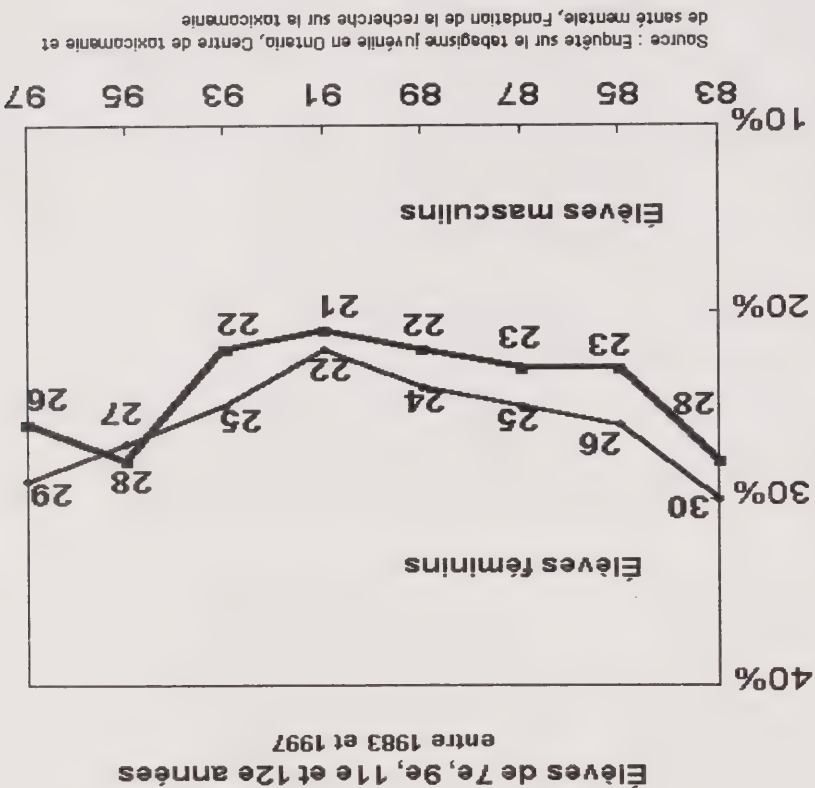
FIGURE 4 Le taux de tabagisme reste inchangé



- Environ 1 femme sur 5 fume pendant la grossesse, ce qui pose de graves risques pour sa santé et celle de son enfant à naître.¹⁸
- On compte plus de 250 000 fumeurs parmi les élèves des écoles primaires et secondaires de l'Ontario.¹⁹ Le taux de tabagisme parmi les jeunes, qui était à son taux le plus bas en 1991, a remonté en flèche pour atteindre à nouveau un niveau comparable à celui du début des années 1980. En 1997, 26 pour 100 de jeunes garçons et d'adolescents et 29 pour 100 de jeunes filles et d'adolescentes disaient avoir fumé au moins une cigarette au cours des douze derniers mois.¹⁹

Le tabagisme juvénile est en hausse

FIGURE 2



- Les jeunes adultes, âgés de 18 à 34 ans, sont particulièrement nombreux à fumer — 34 pour 100 pour l'ensemble de la province.¹⁸
- La proportion de jeunes adultes du Nord de l'Ontario qui fument est particulièrement élevée - 43 pour 100.¹⁸

Pour être plus précis :

- chaque année en Ontario, plus de 12 000 décès sont attribuables au tabac, soit quatre fois plus qu'aux accidents de la route, au suicide, à l'homicide et au sida réunis;^{1,2}

- année après année, le traitement des maladies causées par le tabac nécessite 1 million de jours d'hospitalisation;¹

- on estime à plus d'1,1 milliard de dollars les dépenses du système de santé ontarien liées au tabagisme;¹

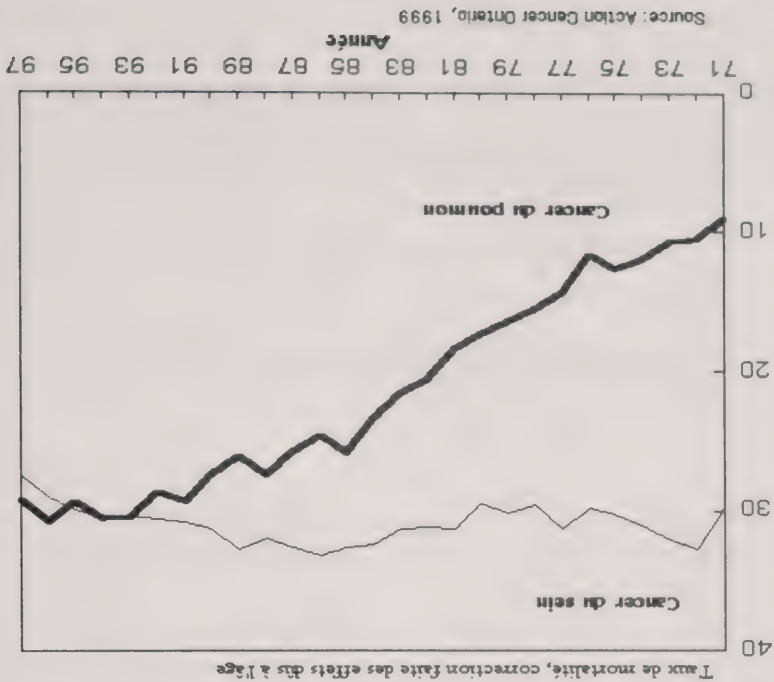
- les maladies causées par le tabac coûtent chaque année environ 2,6 milliards de dollars à l'économie ontarienne en perte de productivité;¹

- le tabac est à l'origine de 25 pour 100 de tous les cancers mortels en Ontario et il a de ce fait largement contribué à la crise actuelle des services de traitement du cancer;^{1,3}

- le tabagisme fait des ravages particulièrement cruels parmi les femmes, chez lesquelles le cancer du poumon se répand comme une épidémie, à tel point qu'il a supplanté celui du sein comme cancer le plus mortel chez les femmes.^{1,7}

FIGURE 1

Le cancer du poumon tue plus d'Ontariennes que le cancer du sein



1.0 PLUS D'ACTES, MOINS DE MOTS

Au cours des deux dernières décennies, de nombreux rapports publiés par divers gouvernements, comités d'experts et autres ont clairement mis en lumière l'effroyable fardeau que l'usage du tabac représente pour le système de santé et l'économie de l'Ontario.^{1,2,6-16} Quantité de ces rapports faisaient état des mesures à prendre, relevant principalement du gouvernement provincial, pour enrayer l'épidémie de tabagisme. À quelques rares exceptions près, les actions des gouvernements qui se sont succédés en Ontario ont été tout à fait inadéquates par rapport aux problèmes catastrophiques que le tabagisme crée pour la santé publique.

L'une de ces rares exceptions a été, au début des années 1990, l'élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie antitabac de l'Ontario. Avec la subéquente adoption de la Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac, l'Ontario disposait, à l'époque, d'un cadre politique et législatif pour l'action gouvernementale en matière de lutte contre le tabagisme.

De nos jours, la Stratégie antitabac de l'Ontario a perdu sa valeur de cadre d'action. La ministre de la Santé a demandé au comité d'experts que forment les auteurs du présent rapport de lui recommander un nouveau plan d'attaque au tabagisme en Ontario. Le mandat du comité d'experts était plus précisément de «conseiller la ministre de la Santé à propos d'une relance optimale de la Stratégie antitabac de l'Ontario (SATO) et lui recommander de nouveaux moyens de réduire l'usage du tabac» (voir l'annexe).

Il suffit de regarder ce qui se fait ailleurs qu'en Ontario pour voir que la lutte contre le tabagisme peut porter ses fruits. L'exemple des actions prises par d'autres gouvernements et certains développements récents dans l'industrie du tabac elle-même donnent lieu de croire que l'heure est venue de renouveler notre engagement à lutter contre le tabagisme. Nous estimons qu'une réglementation sévère de l'usage du tabac est indispensable à la réforme des services de santé en Ontario et nous sommes heureux de pouvoir à cet égard proposer de nouvelles orientations stratégiques à la ministre. La mise en œuvre de nos recommandations s'avérerait bénéfique pour l'ensemble des Ontariennes et des Ontariens.

2.0 POURQUOI L'HEURE EST À L'ACTION

2.1 Le tabagisme, un fléau pour la santé publique

Le tabagisme est le pire des problèmes évitables auxquels se heurte la santé publique en Ontario. Les méfaits du tabac sur la santé de la population et celle de notre économie sont catastrophiques, ni plus ni moins.

Figure 1 : Le cancer du poumon tue plus d'Ontariennes que le cancer du sein	2
Figure 2 : Le tabagisme juvénile est en hausse	3
Figure 3 : Les jeunes adultes fument le plus	4
Figure 4 : Le taux de tabagisme reste inchangé	4
Figure 5 : Cherchez l'erreur.....	9
Tableau 1 : Les résultats de la Stratégie de lutte antitabac de l'Ontario	8

TABLE DES MATIÈRES

1.0 Plus d'actes, moins de mots	1
2.0 Pourquoi l'heure est à l'action	1
2.1 Le tabagisme, un fléau pour la santé publique	1
2.2 L'action gouvernementale est impérative	5
2.3 La population de l'Ontario appuie une plus stricte réglementation	6
2.4 Les motifs de l'échec de la lutte contre le tabagisme en Ontario	7
3.0 La relance de la Stratégie antitabac de l'Ontario	12
3.1 Les buts de la Stratégie	12
3.2 Serait-il bon de revoir les objectifs précis et les buts spécifiques?	13
3.3 Une vision pour l'Ontario	14
4.0 L'élaboration d'une stratégie efficace	15
4.1 La clé de la réussite : des mesures globales	15
4.2 La prévention	18
4.2.1 Le prix	18
4.2.2 L'éducation du public dans les médias et les écoles	20
4.2.3 Commercialisation : emballage, étiquetage et divulgation de renseignements	22
4.2.4 La réglementation de la vente au détail	23
4.3 La protection	26
4.4 La renonciation	29
5.0 Le soutien indispensable à une stratégie efficace	31
5.1 Le financement	31
5.2 L'infrastructure	33
6.0 La mise à jour de la stratégie et la mesure de son succès	34
7.0 Le recouvrement des coûts et le rejet du joug économique nommé tabac	36
8.0 Les actes sont plus éloquentes que les mots	40
9.0 Références	42
Annexe : Le Comité d'experts	57

15. Modifier la Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac de sorte à faciliter la poursuite des personnes qui vendent du tabac de façon illécite et à empêcher les cours supérieures de réduire l'objet de la loi.
16. Prescrire le positionnement des produits du tabac hors de vue derrière des comptoirs aux points de vente.
17. Interdire la vente de tabac à chiquer et de tabac à priser.
18. Obliger l'industrie du tabac à divulguer les renseignements relatifs à ses activités de commercialisation et de recherche, ses états financiers provinciaux et une liste de ses grossistes et de ses détaillants.

Espaces sans fumée

19. Interdire la fumée complètement dans tous les lieux publics clos, et mettre cette interdiction en application immédiatement dans les centres de loisirs des jeunes.
20. Interdire progressivement la fumée dans tous les lieux de travail clos, sauf dans des aires pour fumeurs situées dans une enceinte séparée, ventilée directement vers l'extérieur, et mettre cette interdiction en application sans tarder dans les bureaux et les lieux de travail industriels.
21. Lancer des programmes médiatiques d'éducation du public sur les méfaits de la fumée secondaire.

Aide aux personnes qui veulent cesser de fumer

22. Concevoir, financer et mettre en place un système provincial d'aide aux personnes qui veulent cesser de fumer, complet, cohérent et fondé sur les résultats.

Financement et infrastructure

23. Fixer le financement annuel de la Stratégie antitabac de l'Ontario pleinement mise en œuvre à 0,5 cent par cigarette vendue.
24. Rendre le ministère de la Santé responsable de l'élaboration et du financement de la nouvelle Stratégie et de certains de ses éléments.
25. Situer certains éléments de la Stratégie en-dehors du ministère de la Santé.
26. Veiller à une dotation en personnel suffisante au ministère pour appuyer la Stratégie.
27. Demander au médecin-hygieniste en chef de se faire le champion de la Stratégie.

Recherche, suivi et évaluation

28. Financer adéquatement un système de recherche, de suivi et d'évaluation complet et indépendant permettant, d'une part, de mesurer tant les progrès que les résultats de la mise en œuvre des divers éléments de la Stratégie et, d'autre part, de recueillir des données pouvant servir de base à la relance de celle-ci.

Processus en recouvrement de coûts

29. Introduire des actions en justice, appuyées des lois nécessaires, en recouvrement des coûts que les produits du tabac engendrent pour notre système de santé.

Le tabagisme ne reculera pas si nous ne lui opposons que des mesures fragmentaires. Pour s'y attaquer sérieusement, il faut agir sur tous les points précités. La gravité de ce fléau n'appelle rien de moins.

ce fléau. Des mesures fragmentaires, retenues pour leur facilité de mise en œuvre, leur faible coût ou selon tout autre critère, ne mèneraient à rien.

Voici à notre avis les mesures que le gouvernement devrait prendre sans tarder :

Prix du tabac

1. Relever le prix du tabac et le maintenir à un niveau élevé pour le moins comparable aux prix pratiqués dans les provinces et les États avoisinants.
2. Faire pression sur les gouvernements fédéral et québécois pour obtenir une hausse similaire du prix du tabac au Québec, afin d'éviter la contrebande interprovinciale.
3. Prescrire l'incorporation de marques d'acquiescement de taxes sur les paquets de cigarettes mêmes.

Éducation du public

4. Organiser une vaste campagne par l'intermédiaire des médias et d'organismes communautaires afin d'éduquer le public sur les risques que présente l'usage du tabac et sur les pratiques trompeuses de l'industrie et l'amener à appuyer la politique publique de lutte contre le tabagisme.
5. Instaurer des programmes de prévention massifs dans les écoles.
6. Compléter les efforts de prévention des écoles par des programmes communautaires.

Commercialisation : Emballage, étiquetage et divulgation de renseignements

7. Imposer l'emploi d'un emballage totalement dépourvu d'attrait en veillant à ne pas nuire au secteur de l'imprimerie et du conditionnement.
8. Exiger l'apposition d'un plus grand nombre de mises en garde contre l'usage du tabac et de renseignements relatifs à la composition des cigarettes ou autres produits du tabac sur leur emballage.
9. Exiger l'insertion de mises en garde contre l'usage du tabac dans les paquets de cigarettes ou autres produits du tabac.
10. Interdire l'étiquetage trompeur des paquets de cigarettes ou autres produits du tabac.
11. Obliger l'industrie du tabac à divulguer la composition des produits du tabac, y compris les additifs, ainsi que les composantes de leur fumée.
12. Se concerter avec d'autres gouvernements pour réduire le plus possible les lacunes des lois et de leurs règlements d'application concernant l'emballage, la publicité et la promotion des produits du tabac.

Réglementation de la vente au détail

13. Imposer, aux points de vente, l'affichage de mises en garde plus visibles et plus sérieuses contre l'usage des produits du tabac et l'interdiction de toute publicité pour ces produits.
14. Multiplier les ressources consacrées à l'exécution de la Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac et rendre les personnes ou organismes qui contreviennent aux dispositions de cette loi passibles d'amendes ou d'autres sanctions plus sévères.

SOMMAIRE

En Ontario, le tabac tue chaque année 12 000 personnes. Année après année, le traitement des maladies qu'il cause nécessite 1 million de jours d'hospitalisation et coûte plus d'1,1 milliard de dollars à notre système de santé. Ces mêmes maladies font perdre chaque année 2,6 milliards de dollars à l'économie ontarienne en productivité. Le cancer du poulmon a supplanté celui du sein comme cancer le plus mortel chez les femmes. Bref, le tabac fait de terribles ravages sur notre santé et sur l'économie de notre province.

La lutte contre le tabagisme en Ontario a fait long feu. La Stratégie antitabac de l'Ontario n'a jusqu'ici atteint presque aucun de ses objectifs ou ne les atteindra pas dans les délais prévus. Le taux de tabagisme est plus élevé aujourd'hui qu'il ne l'était au début de la décennie chez les jeunes et il n'a pas baissé chez les adultes. Nous sommes nombreux à continuer de subir les méfaits de la fumée secondaire au travail et dans les lieux publics.

Le budget du ministère de la Santé de l'Ontario réserve cette année 25 pour 100 de moins à la lutte contre le tabagisme qu'en 1994-1995, lorsque sa stratégie antitabac battait son plein. Il y consacre environ 36 cents par personne, soit à peine 5 pour 100 de la somme qui serait requise pour financer des mesures antitabac efficaces. En 1995, il a abandonné sa campagne de prévention dans les médias, axée sur les jeunes, alors même qu'elle était un élément clef de sa lutte contre le tabagisme. Les taxes sur le tabac n'ont pas bougé depuis leur coupure en 1994 par les gouvernements fédéral et provincial. Les cigarettes sont aujourd'hui meilleur marché en Ontario que partout ailleurs au Canada ou dans les États américains frontaliers. Nos dispositions législatives sont impuissantes à protéger les Ontariennes et les Ontariens de la fumée secondaire sur leur lieu de travail. Aucune nouvelle réglementation n'a vu le jour depuis quatre ans.

Une meilleure réglementation de l'usage du tabac est non seulement possible, mais elle est indispensable à la réforme des services de santé. Elle peut sauver des vies et prévenir bien des cas de maladie et d'invalidité. De plus, elle peut se traduire par de considérables réductions de coûts tant pour notre système de santé que pour notre économie provinciale. Les Ontariennes et les Ontariens ont des idées bien arrêtées sur le tabagisme et réclament en grande majorité de nouvelles mesures pour mettre un frein à ce fléau.

Nous recommandons vivement au gouvernement de passer à l'action dans cinq domaines : le prix du tabac, l'éducation du public, la commercialisation (y compris l'emballage, l'étiquetage et la divulgation de renseignements), la réglementation de la vente au détail, les espaces sans fumée, l'aide aux personnes qui veulent cesser de fumer, le financement et l'infrastructure, la recherche (y compris le suivi et l'évaluation de la Stratégie), sans oublier les procès en recouvrement des coûts du tabagisme pour notre système de santé. Ces recommandations, 29 en tout, font l'unanimité des membres du comité d'experts.

Le comité d'experts est également unanime quant à la nécessité d'adopter des mesures globales si nous voulons nous attaquer sérieusement au tabagisme en Ontario. Le gouvernement devra agir pour donner suite à toutes ces recommandations s'il veut vaincre

LE TABAGISME EN CHIFFRES

Les actes sont plus éloquentes que les mots : un plan d'attaque au tabagisme en Ontario

Décès dus au tabac en Ontario, chiffre annuel : ^{1,2}	12 000
Décès dus aux accidents de la route, au suicide, à l'homicide et au sida, chiffre annuel cumulé : ²	3 000
Proportion d'hommes qui développent un cancer du poumon : ³	1 sur 6
parmi ceux qui fument :	
parmi ceux qui n'ont jamais fumé régulièrement :	1 sur 77
Proportion de fumeurs qui ont essayé de renoncer au tabac au cours des douze derniers mois : ⁴	1 sur 3
Proportion de fumeurs qui ont réussi à renoncer au tabac pendant douze mois : ⁴	1 sur 33
Coût social et économique du tabagisme en Ontario (1992) : ¹	3,7 milliards de \$
Coût social et économique de l'utilisation de drogues illicites en Ontario (1992) : ¹	0,5 milliard de \$
Recettes provinciales provenant de la taxe sur le tabac (prévisions pour 1998-1999) :	475 millions de \$
Dépenses provinciales pour la lutte contre le tabagisme (1998-1999) :	4 millions de \$
Proportion d'adultes favorables aux lieux de travail sans fumée en Ontario : ⁵	9 sur 10
Proportion de fumeurs favorables aux lieux de travail sans fumée en Ontario : ⁵	7 sur 10
Proportion d'adultes favorables aux lieux publics sans fumée en Ontario : ⁵	9 sur 10
Proportion de fumeurs favorables aux lieux publics sans fumée en Ontario : ⁵	7 sur 10

Données de catalogage avant publication (Canada)

Vedette principale au titre:

Les actes sont plus éloquentes que les mots : un plan d'attaque au tabagisme en Ontario : rapport présenté à la ministre de la Santé par son Comité d'experts sur la relance de la stratégie antitabac de l'Ontario

Écrit par: Mary Jane Ashley, Ted Boadway, Roy Cameron, Josie d'Avernas, Roberta Ferrence, Andrew Pipe, Richard Schabas et Penny Thomsen

Texte en français et en anglais.

Titre de la p. de t., tête-bêche: Actions will speak louder than words.

Comprend des références bibliographiques.

ISBN 0-9686913-0-7

1. Tabagisme--Politique gouvernementale--Ontario. 2. Tabagisme--Ontario--Prévention.
I. Ashley, Mary Jane II. Ontario. Comité d'experts sur la relance de la stratégie antitabac de l'Ontario III. Titre: Actions will speak louder than words.

HV5770.C22A38 2000 362.29'67'09713 C00-900379-7F

Imprimé au Canada par le Comité d'experts sur la relance de la Stratégie antitabac de l'Ontario, 2000

Des exemplaires de ce rapport peuvent être obtenus de

Service de distribution des ressources antitabac

Centre de Formation et de Consultation

1-800-363-7822

Service de la santé d'Ottawa-Carleton

495 chemin Richmond

Ottawa, Ontario

K2A 4A4

Tel: 613 722-2242

Fax: 613 724-4116

eastmanca@tmoc.on.ca

ou à le site du Web <http://www.camh.net/otru>

LES ACTES SONT PLUS ÉLOQUENTS QUE LES MOTS

Un plan d'attaque au tabagisme en Ontario

Rapport présenté à la ministre de la Santé
par son Comité d'experts sur la relance de la Stratégie antitabac de l'Ontario

Février 1999

Nous nous ferions un plaisir de vous rencontrer ou de nous réunir avec des membres de votre personnel pour discuter du présent rapport et, si besoin était, en éclaircir quelque aspect que ce soit.

Veuillez agréer, Madame la ministre, l'expression de notre haute considération.



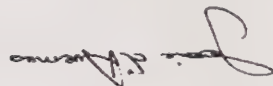
Mary Jane Ashley, M. D., présidente
Professeure,
Department of Public Health Sciences
University of Toronto



Ted Boadway, M. D.
Directeur général,
Politiques en matière de santé
Ontario Medical Association



Roy Cameron, Ph. D.
Professeur,
Department of Health Studies and
Gerontology
University of Waterloo



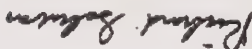
Josie d'Avernas, M. Sc.
Conseillère principale,
Centre de formation et de consultation



Roberta Ferrence, Ph. D.
Directrice
Unité de recherche sur le tabac de
l'Ontario



Andrew Pipe, M. D.
Directeur médical
Programme d'abandon du tabac
Institut de cardiologie de l'Université
d'Ottawa



Richard Schabas, M. D.
Chef,
Division d'oncologie préventive
Action cancer Ontario



Penny Thomsen, BPE
Directrice générale,
Société canadienne du cancer
- Division de l'Ontario

100802

Le 26 février 1999

L'honorable Elizabeth Witmer
Ministre de la Santé
10^e étage, Edifice Hepburn
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 2C4

Madame la ministre,

Nous avons le plaisir de vous présenter notre rapport, *Les actes sont plus éloquentes que les mots : un plan d'attaque au tabagisme en Ontario*.

Les ravages que le tabagisme fait dans notre province sont bien connus. Ils soulignent, si besoin était, l'urgence d'une relance de la Stratégie antitabac de l'Ontario. Les connaissances à l'appui d'une telle relance abondent et la majorité des Ontariennes et des Ontariens sont favorables à de nouvelles mesures pour mettre un frein au tabagisme. Une meilleure réglementation de l'usage du tabac est non seulement possible, mais elle est indispensable à la réforme des services de santé. Elle peut sauver des vies et prévenir bien des cas de maladie et d'invalidité. De plus, elle peut se traduire par de considérables réductions de coûts tant pour notre système de santé que pour notre économie provinciale.

Les recommandations formulées par le comité d'experts dans le présent rapport sont basées sur un examen de la stratégie antitabac provinciale actuelle et de ses défauts, une étude des meilleures pratiques adoptées ailleurs qu'en Ontario, la consultation de personnes spécialisées dans la lutte contre le tabagisme au Canada et aux États-Unis, et enfin des discussions avec des membres du personnel du ministère de la Santé.

Elles exhortent le gouvernement à l'action dans neuf domaines : le prix du tabac, l'éducation du public, la commercialisation (y compris l'emballage, l'étiquetage et la divulgation de renseignements), la réglementation de la vente au détail, les espaces sans fumée, l'aide aux personnes qui veulent cesser de fumer, le financement et l'infrastructure, la recherche (y compris le suivi et l'évaluation de la Stratégie), sans oublier les procès en recouvrement des coûts du tabagisme. Ces recommandations, 29 en tout, font l'unanimité des membres du comité d'experts.

Le comité d'experts est également unanime quant à la nécessité d'adopter des mesures globales si nous voulons nous attaquer sérieusement au tabagisme en Ontario. Le gouvernement devra agir pour faire suite à toutes ces recommandations s'il veut vaincre ce fléau. Des mesures fragmentaires, retenues pour leur facilité de mise en œuvre, leur faible coût ou selon tout autre critère, ne mèneraient à rien.

